Rok LII. Kraków, dnia 19. kwietnia 1913. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Nowotwory łagodne w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach.

Studyum kliniczne

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

(Ciąg dalszy).

I. Nowotwory łagodne nosa.

Jak już wspomniałem, od czasów Hippokratesa noszą one ogólną nazwę polipów nosowych.

Zdarzają się one niezwykle często, co stwierdzają nietylko badania na zwłokach. Zuckerkandl n. p. znajdował je jeden raz na 9—10 przypadków, P. Heymann natomiast o wiele rzadziej, w każdym razie również stosunkowo często, gdyż 1 na 28 zwłok, jakoteż i w klinice u żyjących. Tak n. p. M. Schmidt[3]) na 42635 chorych spostrzegał polipy nosa 1030 razy, czyli 1 na 41, B. Fraenkel (Aleksander[4]), Finder[5]) na 27600—850—920 przypadków, czyli 1:32, Jurasz[6]) na 4084 chorych w Heidelberskiej poliklinice — 228, t. j. 1:18, wreszcie P. Heymann najczęściej, gdyż na 4000 chorych – 392 przypadków, co stanowi stosunek 1 na 10, a więc taki mniej więcej, jaki Zuckerkandl znalazł na zwłokach.

Tenże autor zebrał dane z 35 poliklinik, przeważnie niemieckich, przyczem otrzymał następujące cyfry: na 14384 przypadków 1295, co stanowi stosunek mniej więcej taki sam (1:11).

Co się mnie tyczy, to, jak już wspomniałem, na blizko 27500 chorych, spostrzegałem guzów łagodnych wzgl. polipów i t. zw. polipowatych małżowin w nosie 1143 przypadków, t. j. 1:24 przypadki.

Powyższe więc cyfry moje są nieco większe od otrzymanych w poliklinice Berlińskiej, Frankfurckiej, natomiast znacznie mniejsze, t. j. znacznie mniejszą przedstawiają odsetkę, aniżeli podane przez P. Heymanna, a nawet Jurasza.

[3]) »Die Krankheiten der oberen Luftwege« 1897, II Auf.
[4]) »Nasenpolypen in ihrer Beziehung z. d. Empyem d. Nasennebenhöhlen« Arch. f. Laryng. Bd. V. p. 324, 1895.
[5]) »Bemerkungen über maligne Nasengeschwülste«. Ibidem p. 302.
[6]) Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1891 r.

Tak czy owak nie ulega wątpliwości, że ludność nasza w Królestwie Polskiem stosunkowo często podlega polipom nosa, przytem, jakkolwiek bliższych danych cyfrowych nie mogę dostarczyć, z moich spostrzeżeń jednakże wynika, że rasa semicka rzadziej podlega temu cierpieniu, wogóle sprawom przerostowym w górnych drogach oddechowych, okazując natomiast skłonność do spraw zanikowych (rhinopharyngolaryngitis sicca), a po części gruźlicy.

To samo ma się tyczyć Negrów (de Roaldes); u Japończyków natomiast według Okady[7]) polipy nosowe stosunkowo często występują w wieku dziecięcym.

Co do płci chorych, dotkniętych guzami łagodnymi, wzgl. polipami nosowymi, to przewaga zgodnie z poglądami wszystkich autorów (P. Heymann, Jurasz) stale bywa po stronie mężczyzn.

Na 1143 przypadków w mojej praktyce było z polipami nosa mężczyzn 677, kobiet zaś tylko 466, tj. około 1,5:1 (M. Mackenzie podaje mniejwięcej takiż stosunek: 1,6:1, Jurasz natomiast nieco większy: 1,8:1), co niewątpliwie zależy od tego, że mężczyźni z powodu zajęć swoich zawodowych o wiele więcej narażeni są na różne wpływy szkodliwe, bądź ogólnej, bądź miejscowej natury.

Co do wieku chorych, dotkniętych polipami nosowymi, to cyfry moje przedstawiają się w sposób następujący:

między 1	a 5	rokiem	życia	było	przypadków	2
» 5	» 10	»	»	»	»	10
» 10	» 20	»	»	»	»	198
» 20	» 30	»	»	»	»	325
» 30	» 40	»	»	»	»	315
» 40	» 50	»	»	»	»	159
» 50	» 60	»	»	»	»	91
» 60	» 70	»	»	»	»	29
» 70	» 80	»	»	»	»	12
» 80	» 90	»	»	»	»	2
					Razem	1143

Czyli najczęściej polipy nosa występowały między 20. a 40. rokiem życia (640 razy na 1143 przypadków, tj. przeszło w połowie wszystkich przypadków). M. Mackenzie i Schaeffer podają, jako najczęstszy pod tym względem okres, 20—30. Według P. Heymanna najczęściej ma to się

[7]) Pathologie der sogenannten Schleimpolypen der Nase. A. Fraenkels Arch. VII. p. 204.

zdarzać między 25. a 50. rokiem życia. Jurasz podaje najczęstszy okres 40—50. Ma to również swoje wytłómaczenie w tem, że jest to okres życia, w którym zwłaszcza mężczyźni najbardziej narażeni są na owe wpływy szkodliwe zewnętrznej i wewnętrznej natury, o jakich powyżej wspomniałem.

Następnie względnie często polipy nosowe zdarzają się między 40. i 50. rokiem życia, oraz między 10, względnie 15. a 20. Natomiast powyżej lat 50, a zwłaszcza 60, oraz poniżej 15. względnie 10. roku życia cierpienie to występuje rzadko. Jurasz natomiast widywał względnie dość często polipy nosa poniżej lat 16.

Najstarszy z operowanych przezemnie na obustronne polipy nosa chorych liczył 84 lat. P. Heymann operował 89-letnią chorą z polipami nosa. Najmłodszy z moich chorych, któremu również usunąłem polipy z nosa, liczył lat 2.

Cardone i Le Roy spostrzegali cierpienie to już u dwudniowego dziecka, Krakauer i Rupp u 4 tygodniowego, wreszcie M. Schmidt u $^1/_2$-rocznego. Przypadki te wskazują niewątpliwie, że cierpienie to może być wrodzone.

Z liczby 466 chorych płci żeńskiej, dotkniętych polipami nosa, było najwięcej panien wzgl. dziewcząt, gdyż 225, następnie mężatek 173, najmniej zaś wdów, gdyż tylko 68, przyczem co do zajęcia 68 uczęszczało do szkół niższych i wyższych, lub też było nauczycielkami, 112 pozostawało w różnorodnej służbie, 60 było szwaczek i magazynierek, wreszcie 94 uczęszczało do sklepów, lub rozmaitych biur, w pozostałych 132 przypadkach, przeważnie u mężatek, praca ograniczała się na gospodarstwie domowem.

W zestawieniu powyższem uderza znaczna ilość pracujących ciężko fizycznie, a więc różnorodnych służących, dotkniętych polipami nosowymi.

Na 677 mężczyzn wgl. chłopców było co do zajęcia najwięcej urzędników i oficyalistów, gdyż 78, oraz rolników i obywateli ziemskich 77, wreszcie uczniów i studentów (69). Stosunkowo często spostrzegałem polipy nosowe u kupców (49), księży (36), różnorodnych służących, oraz wojskowych (oficerów różnego stopnia) po 24, wreszcie szewców (23).

O wiele już rzadziej w mojej praktyce spostrzegałem to cierpienie u subjektów (18), nauczycieli (14), farmaceutów, lekarzy, adwokatów, wreszcie różnorodnych robotników, ślusarzy (po 12 przyp.), następnie woźnych (11), techników i konduktorów (po 9), krawców, sędziów, malarzy, emerytów (po 8), weterynarzy, pisarzy, cukierników, zegarmistrzów, dorożkarzy, buchalterów, dyrektorów (po 6), rzeźników, introligatorów, leśniczych, ogrodników, kasyerów, geometrów, inżynierów, rysowników (po 5), rybaków, garbarzy, młynarzy, telegrafistów, żołnierzy, mechaników, maszynistów, blacharzy, rządców, jubilerów, fabrykantów, murarzy (po 3), kotlarzy, kapeluszników, drukarzy, muzyków, kowali, ogrodników, szklarzy, kuśnierzy, stolarzy, tokarzy i mydlarzy (po 2), wreszcie rękawiczników, drzeworytników, nożowników, pończoszników, kuśnierzy, oraz siodlarzy (po 1 przyp).

Największego więc kontygentu chorych z polipami nosa dostarczyli urzędnicy, rolnicy, oraz ucząca się młodzież, poza tem, jak to widać z powyższego zestawienia, żaden fach, żadne zajęcie nie jest wolne od tego cierpienia: zarówno życie siedzące w niepomyślnych warunkach higienicznych (nieczyste, przesycone dymem tytoniowym powietrze), jakie widzimy przeważnie u urzędników, jak i zajęcia, zdawałoby się, higieniczne, na świeżem powietrzu (wprawdzie z częstemi zmianami atmosferycznemi), a więc u rolników, usposabiają w równej mierze do tego cierpienia.

Etyologia. Co się tyczy przyczyn powstawania polipów nosowych, to dotąd nie są one jeszcze wyjaśnione w dostatecznym stopniu. Przedewszystkiem należy tu odróżnić czynniki usposabiające, o czem znajdujemy wzmianki już u Galena, oraz przyczyny bezpośrednio wywołujące to cierpienie. Do pierwszych przedewszystkiem zaliczyć należy dziedziczność, która w powstawaniu nowotworów łagodnych, jakkolwiek nie w takim stopniu, jak w złośliwych, stanowczo ma swoje znaczenie, na co jeszcze w wieku XVII zwrócił uwagę Braun, a co w nowszych czasach potwierdzają Moure, Bosworth, a zwłaszcza P. Heymann. Ten autor przytacza niezwykle ciekawy fakt, dotyczący lekarza, który często podlegał operacyom wycięcia polipów nosowych. Wszystkie czworo jego dzieci, t. j. 2 synów i 2 córki, oraz 4 (z 6) dzieci najstarszego syna (żonatego), leczyło się lub operowało przez Heymanna z powodu polipów nosa.

Ja również miałem niejednokrotnie możność spostrzegać i operować przypadki polipów nosowych u osób, których ojciec lub matka bądź oboje, jakoteż jedno, lub więcej z rodzeństwa dotknięci byli tem cierpieniem.

Z innych przyczyn, usposabiających do pewnego stopnia do polipów nosa, należy wymienić przymiot, nadużycia napojów wyskokowych, oraz w paleniu tytoniu, co względnie bardzo często spotykałem u moich chorych.

Również i ogólne stany chorobowe, jakoto blednica, wogóle niedokrwistość (anaemia), zołzy, gruźlica, moczówka cukrowa, artrytyzm, cierpienia serca i nerek, jako też pewne stany fizyologiczne u kobiet (peryod, ciąża, karmienie, okres przekwitania i t. p.) mogą też do pewnego przynajmniej stopnia być czynnikiem usposabiającym do polipów nosowych, jakkolwiek nie należy zapominać, że stany chorobowe również, przynajmniej niektóre (np. neurastenia, nieżyty przewlekłe dolnych dróg oddechowych i t. p.) mogą być też następstwem polipów nosowych.

Przechodzę obecnie do przyczyn miejscowych. Według najnowszych badań Hajeka, Aleksandra, oraz P. Heymanna okazuje się, że wszelkie, zwłaszcza długotrwałe drażnienie wgl. zapalenie przewlekłe błony śluzowej nosa może stać się punktem wyjścia dla wytworzenia się polipów nosowych, przyczem niekoniecznie są tu niezbędne zmiany głębsze w kościach (t. zw. necrosing ethmoiditis-Woakes, caries-Grünwald, hyperplasia-Zuckerkandl, osteitis rarefaciens-Hajek-P. Heymann).

Takimi drażniącymi błonę śluzową nosa czynnikami mogą być ciała obce (P. Heymann), wogóle zaś uraz, owrzodzenia (t. zw. ziarnina), wreszcie nowotwory złośliwe (raki, mięsaki). Ja również, podobnie jak i P. Heymann, widywałem niekiedy w sąsiedztwie nowotworów złośliwych rozwijające się polipowate wyrośle (polypöse Wucherungen), maskujące nawet samo zasadnicze cierpienie.

Bardzo ważnem jest pytanie, czy ropienie, pochodzące z zatok bocznych nosa, wywołuje zawsze tworzenie się polipów nosowych, jak to mianowicie utrzymywał Gruenwald w pierwszej swojej w tym przedmiocie pracy [8]), czyli też jest

---

[8]) »Lehre von den Naseneiterungen«. München 1893.

to zależne i od innych jeszcze czynników. Otóż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że polipy nosa niezwykle często połączone są z ropieniem zatok bocznych nosa, zwłaszcza zatoki szczękowej górnej (Highmora).

W moich spostrzeżeniach na 1143 przypadków polipów nosa spostrzegałem jednocześnie zajęcie (ropienie) w jamach bocznych nosa 232 razy, co stanowi 20%, przytem lwia część, gdyż przeszło połowa wszystkich przypadków (130) przypada na jamy szczękowe górne (Highmora), reszta (102 przyp.) na pozostałe, bądź pojedynczo (40 czołowe, 20 sitowe, 8 klinowe), bądź po kilka (22 czołowe i Highmora, 4 czołowe i sitowe, 3 sitowe i Highmora, 1 sitowe i klinowe, wreszcie 2 razy sitowe-klinowe i Highmora, raz czołowe, sitowe i Highmora, wreszcie raz wszystkie zatoki boczne nosa były zajęte sprawą ropną, obok jednoczesnych polipów nosa). Z drugiej jednak strony słusznie bardzo zwraca uwagę P. Heymann na fakt, że polipy nosa przeważnie bywają z obu stron, gdy ropienie w zatokach bocznych nosa przeważnie w większości przypadków bywa jednostronne (w moich spostrzeżeniach tylko w 48 przypadkach było obustronne zajęcie przeważnie zatok szczękowych górnych wzgl. czołowych przy obustronnych polipach nosa, w pozostałych zaś 184 jednostronne).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro

(na mocy 500 własnych spostrzeżeń)

napisali

Dr Kazimierz Dłuski i **Dr Stefan Rudzki**

Dyrektor Sanatoryum I. asystent.

(Dokończenie).

W ostatnich dwóch przypadkach jest rzeczą ciekawą, iż uparte niewystępowanie odczynu Moro pomimo powtórzenia próby było zwiastunem groźnego powikłania choroby w postaci gruźlicy nerek.

Poza opisanymi trzema przypadkami ujemny odczyn Moro przy dwóch wcieraniach spostrzegaliśmy u 2 chorych z dużemi zmianami w płucach i niepewnem rokowaniem, u 5 chorych z małemi zmianami w płucach, lecz słabą ogólną odpornością; u 2 z zagojoną nieczynną sprawą i u jednego wreszcie, u którego przez dłuższy czas stosowano podskórne wstrzykiwania tuberkuliny w celach leczniczych.

U wszystkich tych 17 chorych, którzy z początku nie oddziaływali na maść tuberkulinową, później zaś dali odczyn dodatni Nr 1, były objawy jawnej i czynnej gruźlicy (wbrew twierdzeniu Moro, który sądzi, że gdy odczyn jego »tylko po powtórnem wcieraniu daje dodatni wynik, przemawia to naogół przeciw obecności jawnego ogniska« [28]). Jako zasadę spostrzegaliśmy u tych chorych pomiędzy pierwszem a drugiem wcieraniem mniejszą lub większą poprawę stanu ogólnego i miejscowego. Przytaczamy parę jaskrawszych przykładów:

1) Aniela W., 16 l., przybyła 19. VI. 1910 z dużym naciekiem w lewem płucu, głównie w dolnym płacie (ze skłonnością do rozpadu). Stany podgorączkowe do 37·5. Odżywienie upośledzone. Rokowanie niepewne. Odczyn Moro 29. VI. 1910 ujemny, 3. X. 1910 dodatni Nr 1, w międzyczasie wybitna poprawa w płucach oraz w stanie ogólnym. (Przybytek na wadze 12 kg przez 3½ mies.) 30. IV. 1911 opuściła zakład po 316 dniach pobytu ze znaczną poprawą.

2) Helena C., 22. l, przybyła 11. VIII. 1910 z niewielkiem zajęciem prawego szczytu, oraz naciekiem prawie całego lewego płuca (z poczynającym się rozpadem w szczycie). Ciepłota podgorączkowa. Odżywienie mierne. — Rokowanie wątpliwe. Odczyn Moro 16. VIII. 1910 ujemny, 3. X. 1910 dodatni Nr 1: w tym czasie nastąpiła nadzwyczajna poprawa u chorej: rozpad powstrzymał się, rzężenia prawie zupełnie znikły, prątki Kocha z Nr 9 Gaffky doszły do 0, włókna sprężyste, które były w dużych splotach, również znikły. Ciepłota prawidłowa. Przybytek na wadze = 7 kg po niecałych 2 miesiącach. Chora opuściła zakład 30. X. 1910 po 81 dniach leczenia z bardzo wielką poprawą.

3) Mikołaj T., 36 l., przybył 26. VIII. 1909 z dużym naciekiem w prawym, górnym i środkowym płacie i z niewielkiemi zmianami w lewym szczycie. Ciepłota do 37·9. Odczyn Moro ujemny 4. XII. 1909, gdy pomimo wybitnej poprawy w płucach, stany podgorączkowe zdarzały się jeszcze, w plwocinie zaś były stale prątki Kocha i włókna sprężyste. 30. III. 1910 odczyn Moro dodatni Nr 1: przez ten czas nastąpiła zupełna utrata gorączki, przybytek na wadze = 2 kg, w płucach zupełne prawie zniknięcie wszelkich objawów klinicznych, prątki niestale w małych ilościach, włókna sprężyste znikły zupełnie. W tym przypadku dopiero po utrwaleniu się wyników odczyn Moro dodatni. 7. IV. 1910 chory wyjechał po 215 dniach leczenia z bardzo wielką poprawą. Poprawa ta utrzymuje się dotąd (w ciągu 2 przeszło lat) i chory nasz — jako sędzia — pracuje bez przerwy.

Jedyny przypadek, gdy pierwszy raz odczyn wypadł ujemnie, powtórny zaś dodatni Nr 2 — była to:

1) Elżbieta R., 17 l., przybyła 7. X. 1910 z niewielkimi naciekami obu szczytów płucnych. Ciepłota czasami do 37·1. Odżywienie upośledzone. Ustrój bardzo wątły. Odczyn Moro 24. X. 1910 ujemny, w 6 tygodni potem 12. XII. 1910 dodatni Nr 3: przez ten czas wyglądanie chorej wybitnie poprawiło się, ilość hemoglobiny we krwi wzrosła z 60% na 75% (Govers); przybytek na wadze = 3·3 kg; w płucach zupełne zniknięcie rzężeń. Po 176 dniach leczenia chora wyjechała 31. III. 1911 ze znaczną poprawą.

2) Eufemia Z., 25 l., przybyła 3. IV. 1911 z wyraźnymi naciekami w obu szczytach, głównie w prawym (II okres Turbana). W plwocinie prątki Kocha Nr 5 Gaffky. Stany podgorączkowe. Odżywienie złe. Odczyn Moro 5. IV. 1911 ujemny, po 3 miesiącach 5. VII. 1911 dodatni Nr 3. Przez ten czas ogromna poprawa: przybytek na wadze = 5·2 kg, utrata gorączki, zniknięcie prątków; w płucach pozostało ledwo nieznaczne skrócenie odgłosu opukowego w prawym szczycie bez rzężeń. Chora wyjechała 7. VIII. 1911 po 127 dniach leczenia ze znaczną poprawą. Wróciła do zakładu 1. XII. 1911 dla utrwalenia wyników leczenia: stan płuc zupełnie nie pogorszył się w domu, ani przez czas obserwacyi do 20. III. 1912, kiedy chora wyjechała jako klinicznie wyleczona.

Ciekawą jest analiza 6 przypadków, w których odczyn Moro pierwotnie wypadł dodatnio Nr 1, później zaś

---

[28]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 246.

ujemnie. Składały się na nie przedewszystkiem 3 przypadki, w których chorym pomiędzy jednem a drugiem wcieraniem maści Moro zaczęto wstrzykiwać podskórnie tuberkulinę w celach leczniczych.

Już innym autorom, pracującym nad sprawą odczynów tuberkulinowych, znany był fakt, iż odczyn często nie występuje, jeśli choremu jednocześnie wstrzykiwano tuberkulinę. Toteż Kanitz podkreśla, że w jego — naogół niepomyślnych dla odczynu Moro badaniach — »żaden z chorych nie był leczony tuberkuliną«. Wetzell przytacza pracę Marenholtza, który przy leczeniu tuberkuliną otrzymywał ujemny odczyn W. Eisnera. — Kraemer na oddziale Lenhartza w Eppendorfie na 37 przypadków pewnej gruźlicy z dodatnim odczynem miał 15, w których poprzednio stosowano leczenie tuberkuliną: odczyn u tych chorych wystąpił, lecz był słabszy, niż u innych. Objaśnia to Kraemer w ten sposób, że »po wprowadzeniu poprzedniem w jakikolwiek sposób tuberkuliny, ustrój oddziaływa tak, jakby został nagle przeładowany (ueberschwemmt) lasecznikami gruźliczymi i przez częste wprowadzanie tuberkuliny powstaje antytuberkulina«.

Wśród naszych 500 chorych, poddanych próbie Moro, 33 jednocześnie wstrzykiwano tuberkulinę TBk w celach leczniczych. Z nich u 10, t. j. w 30%, odczyn Moro wypadł zupełnie ujemnie, u 16, t. j. w 50%, otrzymaliśmy słaby odczyn (Nr 1), w 5 przypadkach Nr 2 i tylko w jednym Nr 3. W tym jednym przypadku chory w wilię wtarcia maści otrzymał pierwsze wstrzyknięcie tuberkuliny Béranecka (1:655360).

W 5 przypadkach odczynu dodatniego Nr 2 wstrzykiwano chorym tuberkulinę Béranecka od 4 dni do 10 tygodni. Dawki zastosowane przed próbą Moro wynosiły: $^1/_{1181}$, $^1/_{1250}$, $^1/_{3901}$, $^1/_{4638}$ i $^1/_{3495248}$ grama czystej tuberkuliny Béranecka.

Chorzy ze słabym dodatnim odczynem Nr 1 przeszli leczenie tuberkulinowe w przeciągu czasu od 4 dni do 6 miesięcy. Ciekawe są w tej liczbie dwa przypadki wyników próby Moro po długiem leczeniu tuberkuliną:

1) Michał J., 40 l., poraz drugi w sanatoryum od 18. X. 1909. Trzeci okres Turbana. Od 26. X. 1909 wstrzykiwania TBk. Odczyn Moro 22. XI. 1909 ujemny (po wstrzyknięciu ogółem $^1/_{2041}$ gr. czystej TBk).

Powtórna próba Moro 25. IV. 1910 po wstrzyknięciu w ciągu 6 miesięcy ogółem $^1/_{45}$ gr. czystej TBk dała wynik dodatni Nr 1 (w tym czasie względna poprawa stanu ogólnego i miejscowego).

2) Zofia S., 23 l., (I. okres Turbana) w sanatoryum od 6. VIII. 1909. Wstrzykiwania TBk od 8. IX. 1909. Po $^1/_{182}$ gr. TBk odczyn Moro 22. XI. 1909 ujemny; po 7 miesiącach wstrzykiwania TBk (ogółem $^1/_3$ gr. czystej TBk) Moro + Nr 1 (w tym czasie poprawa względna).

Odsetek ujemnego odczynu Moro przy leczeniu tuberkuliną i bez niego jest mniej więcej jednakowy (z TBk — 30%, bez — 29%); ciekawe są natomiast kazuistyczne przypadki, w których próbę Moro po dwa razy wykonano.

1) Kazimierz R., 23 l., porąz drugi w sanatoryum od 10. X. 1909 (III. okres Turbana). Wstrzykiwania TBk od 17. X. 09; po zastosowaniu $^1/_{1187}$ gr. czystej TBk odczyn Moro ujemny 22. XI. 1909.

Wstrzykiwania TBk bez przerwy przez 7 miesięcy. Pomimo osiągnięcia znakomitej poprawy w płucach i stałego stanu bezgorączkowego, odczyn Moro powtórnie ujemny 10. IV. 1910. (Chory otrzymał TBk ogółem $^5/_8$ gr.) Znaczna poprawa, osiągnięta w sanatoryum w r. 1909—1910, dotąd po 2 latach trwa bez pogorszenia, chory skończył w tym czasie wyższy zakład naukowy i pracuje stale.

2) Wisława K., 20 l., w sanatoryum od 16. VI. 1910 (I. okres Turbana). Odczyn Moro dodatni Nr 1 w d. 20. VI. 1910. Od 17. VII. 1910 wstrzykiwania TBk. W dniu 3. X. 1910 pomimo wyraźnej poprawy stanu ogólnego i miejscowego, odczyn Moro ujemny (chora otrzymała w tym czasie $^1/_{2184}$ gr. TBk). Wyjechała 15. XII. 1910 po 183 dniach leczenia ze znaczną poprawą.

3) Pałładiusz C., 25 l., w sanatoryum od 9. VII. 1910 (II. okres Turbana). Odczyn Moro dodatni Nr 1 w d. 15. VII. 1910.

Od 8. XI. 1910 wstrzykiwania TBk. Odczyn Moro 4. XII. 1910 ujemny pomimo poprawy ogólnej i miejscowej (TBk otrzymał $^1/_{15604}$ gr). W d. 22. I. 1911 chory wyjechał ze znaczną poprawą po 167 dniach leczenia.

4) Marya K., 20 l., w sanatoryum od 18. VIII. 1910 (I. okres Turbana). Od 6. IX. 1910 wstrzykiwania TBk. Odczyn Moro dodatni Nr 1 3. X. 1910 (po $^1/_{9230}$ gr TBk), ujemny 4. XII. 1910 (po $^1/_{1360}$ gr. czystej TBk). Chora wyjechała 24. IX. 1911 ze znaczną poprawą po 403 dniach leczenia.

Spostrzeżenia powyższe zdają się świadczyć, iż wprowadzenie do ustroju tuberkuliny Béranecka hamuje wystąpienie odczynu Moro, — pomimo to, że według twierdzenia Béranecka tuberkulina, przyrządzona jego sposobem, różni się zasadniczo od starej tuberkuliny Kocha, — składnika, działającego w maści Moro.

Niemniej ciekawy jest jedyny przypadek, w którym stosowaliśmy surowicę Czajkowskiego:

Wincenty W., 58 l., przybył do sanatoryum 7. I. 1910 z gruźlicą płuc w II. okresie Turbana (w plwocinie tbc = Nr 7 Gaffky, włókna sprężyste pojedyncze), — oraz z gruźlicą jelit (stolce zmienne, w kale ropa i prątki Kocha Nr 5 Gaffky, w kilku miejscach w skupieniach; w okolicy ślepej kiszki zgrubienie i czułość na ucisk). Ciepłota do 38·8. Odżywienie upośledzone. Odczyn Moro dodatni Nr 1 w d. 25. I. 1910.

Od 12. III. 1910 zaczęto wstrzykiwania surowicy Czajkowskiego na prośbę samego chorego, który pochodził z Sosnowca (miejsce zamieszkania Dra Czajkowskiego) i słyszał tam o dodatnich wynikach surowicy. Po 5 wstrzykiwaniach odczyn Moro w d. 31. III. 1910 ujemny, pomimo, że stan ogólny i miejscowy chorego uległ w tym czasie poprawie.

27. IV. 1910 chory opuścił sanatoryum po 111 dniach leczenia ze znaczną poprawą.

Poza opisanymi 4. przypadkami, gdy widocznie w związku z leczeniem swoistem powtórny odczyn Moro wypadł ujemnie, u dwóch chorych spostrzegaliśmy niewystąpienie powtórnego odczynu bez określonych bliżej przyczyn.

1) Barbara G., 18 l., przyjechała do sanatoryum 11. I. 1910 z gruźlicą płuc II. okresu Turbana. Odczyn Moro 25. I. 1910 dodatni Nr 1. Chora wyjechała 1. V. 1910 ze znaczną poprawą. Po raz drugi przybyła 7. XII. 1910 z niewielkiem pogorszeniem stanu ogólnego i miejscowego. Odczyn Moro 12. XII. 1910 dał wynik ujemny. Chora opuściła zakład 16. I. 1911 z względną poprawą. Być może, iż chwilowe pogorszenie stanu chorej wywołało ujemny odczyn za drugim razem.

2) Marya T., 29 l., przybyła 26. VIII. 1910 z gruźlicą płuc I. okresu Turbana. Odczyn Moro dodatni Nr 1 3. X. 1910.

Powtórnie dokonana próba w d. 28. XII. 1910 dała wynik ujemny; stan ogólny chorej w tym czasie polepszył się, na wadze przybyło jej 4,5 kg, lecz ciepłota podgorączkowa (do 37·4) nie mniej częsta, stan płuc pozostał bez zmiany, w plwocinie 8. XII. 1910 poraz pierwszy wykryto prątki Kocha (Nr 3 Gaffky). W d. 5. I. 1911 chora wyjechała ze względną poprawą.

I tu możliwem jest, że chwilowe zaostrzenie w płucach dało ujemny wynik powtórnej próby Moro.

Trzynaście przypadków, w których próba Moro wypadła obydwa razy dodatnio, lecz słabo (Nr 1), nie przedstawiają nic ciekawszego. Powtórne wcieranie maści tuberkulinowej było tu dokonywane w czasie od 9 dni do 14 miesięcy.

Odczyn silniejszy (Nr 2) za drugim razem, gdy pierwszy wypadł słabo (Nr 1), mieliśmy w 4 przypadkach.

1) Leonia P., 20 l., przybyła do sanatoryum poraz drugi 28. I. 1910 (II. okres Turbana). Odczyn Moro dodatni Nr 1 w d. 30. III. 1910. Chora opuściła zakład 20. V. 1910 ze znaczną poprawą (przeszła z II. okresu Turbana do I). W dniu 12. XII. 1910 powróciła do zakładu z niewielkiem pogorszeniem w płucach. Odczyn Moro w dniu 18. XII. 1910 dodatni Nr 2. Poprawa tym razem bardzo szybka. Chora ze znaczną poprawą opuściła ponownie zakład 4. IV. 1911 po 114 dniach leczenia.

2) Ludwika H., 67 l., przybyła 24. VIII. 1909 z gruźlicą płuc II. okresu Turbana. Odczyn Moro 3. XI. 1909 dodatni Nr 1. Wyjechała 16. XII. 1909 po 115 dniach leczenia ze znaczną poprawą. Powróciła 2. VII. 1910: w płucach tylko I okres Turbana, w domu przybyło na wadze 5·3 kg. Odczyn Moro 15. VII. 1910 dodatni Nr 2. Po 67 dniach leczenia chora ponownie opuściła zakład ze znaczną poprawą.

3) Lesław W., 24 l., przybył 7. I. 1910 z gruźlicą płuc I. okresu Turbana; 10. I 1910 odczyn Moro dodatni Nr 1. Ponowna próba 28. II. 1910 dała silniejszy odczyn Nr 2. W tym czasie na wadze przybyło 6 kg (w ciągu 7 tygodni), w płucach też nastąpiła poprawa (znikły rzężenia, zmniejszyło się przytłumienie w szczycie i zaostrzenia oddechowe), prątki Kocha znikły z plwociny. Chory wyjechał 2. III. 1910 po 55 dniach leczenia ze znaczną poprawą i dotąd po 2 latach czuje się dobrze.

4) Bronisław C., 28 l., przybył 6. IV. 1910 w I. okresie Turbana. Odczyn Moro 13. IV. 1910 dodatni Nr 1, po 8 tygodniach 8. VI. 1910 odczyn Moro Nr 2. W tym czasie choremu przybyło na wadze 10 kg, z plwociny prątki znikły, w płucach również nastąpiła poprawa. Chory wyjechał 23. VI. 1910 ze znacznem polepszeniem.

We wszystkich tych przypadkach wzmożenie odczynu Moro odpowiadało wybitnej poprawie stanu chorych.

Odwrotnie — pogorszenie kliniczne spostrzegaliśmy u jednego chorego, który za pierwszym razem miał odczyn Moro Nr 2, a za drugim Nr 1.

Roman Z., 45 l., przybył 24. X. 1909 z gruźlicą płuc w III. okresie Turbana i gruźlicą rozpadową krtani. Odczyn Moro 4. XII. 1909 dodatni Nr 2. Chory osiągnął znaczną poprawę zarówno w płucach, jak głównie w krtani i wyjechał 25. IV. 1910 po 180 dniach leczenia. 21. XI. 1910 chory wrócił: pogorszenie sprawy gruźliczej w płucach niewielkie, lecz w plwocinie stale wielkie ilości prątków (Nr 9 Gaffky) i liczne włókna sprężyste w bardzo dużych splotach. Odczyn Moro 12. XII. 1910 dodatni Nr 1 (Nb. chory od 23. XI. 1910 miał wstrzykiwaną TBk), 19. IV. 1911 chory wyjechał tylko ze względną poprawą.

Bardzo rzadkie były kategorye powtórnego odczynu Nr 2 i Nr 3.

W dwóch tylko przypadkach oba razy wypadł odczyn Nr 2.

1) Michał P., 18 l., przybył 30. V. 1909 w III. okresie Turbana. 4. XII. 1909, gdy chory osiągnął już bardzo znaczną poprawę, odczyn Moro był dodatni Nr 2. W 6 miesięcy potem — przy ustaleniu się wyników leczenia — odczyn Moro znów Nr 2. Chory wyjechał 17. X. 1910 po 506 dniach leczenia ze znaczną poprawą; dotąd — po 1 $^1/_2$ przeszło roku — czuje się zupełnie dobrze i przyjęty został do wojska jako oficer.

2) Hania P., 13 l., przyjechała 1. IX. 1911. Bardzo nieznaczne zmiany szczytowe i powiększenie gruczołów śródpiersia. Ciepłota podgorączkowa. Odczyn Moro 29. X. 1911 dodatni Nr 2. W miesiąc potem odczyn Moro znów Nr 2. Po osiągnięciu bardzo znacznej poprawy zarówno w stanie ogólnym, jak i miejscowym, chora wyjechała 28. V. 1912.

W jednym przypadku mieliśmy z początku silny odczyn Moro Nr 3, potem zaś tylko średni Nr 2.

Jadwiga P., 16 l., przybyła 2. VI. 1911 z dużym naciekiem w prawym górnym płacie z poczynającym się rozpadem. Ciepłota prawidłowa. Odczyn Moro 5. VII. 1911 dodatni Nr 3. Poprawa u chorej nastąpiła bardzo szybko: rozpad powstrzymał się, naciek znacznie się zmniejszył, przybytek na wadze do 28. XI. 1911 = 17·2 kg. Powtórnie dokonana próba Moro w d. 28. XI. 1911 dała Nr 2: poprawa w tym czasie szła znacznie powolniej, waga nietylko nie zwiększała się, lecz spadła nieco. 15. V. 1912 chora opuściła zakład.

W tym przypadku słabszy powtórny odczyn Moro byłby zgodny z faktami klinicznymi.

Jedyny wreszcie przypadek, gdy odczyn Moro wypadł dwa razy w najsilniejszym stopniu Nr 3, był następujący:

Ks. Franciszek T., 27 l., przybył 21. IX. 1910 z dużym rozpadającym się naciekiem w prawym górnym płacie i z niewielkiemi zmianami w lewym szczycie. Odczyn Moro 26. XI. 1910 dodatni Nr 3. Poprawa u chorego była powolna, lecz wyraźna — pomimo poważnych zmian w płucach. W 13 miesięcy po pierwszej próbie powtórna w d. 28. XII. 1911 dała znów wynik dodatni Nr 3. Chory utrzymał uzyskaną poprawę do wyjazdu w d. 28. V. 1911, gdy po 20 miesiącach leczenia opuścił zakład.

Trzykrotnie dokonaliśmy próby z maścią tuberkulinową u 7 chorych: wyniki były bardzo urozmaicone.

W jednym przypadku odczyn stale wypadał ujemnie.

Fryda H., 37 l., przybyła 28. VI. 1910: W obu szczytach wyraźne przytłumienia, oddech szorstko zaostrzony; rzężenia średniopęcherzykowe przelotnie raz tylko słyszane nad lewym grzebieniem łopatki w bardzo niewielkiej ilości. Wielokrotne badanie plwociny ani razu nie wykryło prątków Kocha, ani włókien sprężystych, natomiast dużo było paciorkowców. Ciepłota z początku do 39·4, po 2 tygodniach spadła i potem rzadko tylko przechodziła nieco 37° w ustach. Próba Moro stale ujemna 29. VI. 1910, 16. VIII. 1910, 3. X. 1910. Na wyjezdnem (w d. 1. XI. 1910) u chorej pozostały bardzo nieznaczne skrócenia odgłosu opukowego w szczytach, oddech prawie prawidłowy. W tym przypadku zachodzić może wątpliwość, czy mieliśmy przed sobą rzeczywiście gruźlicę.

W innym przypadku pierwsze dwie próby dały ujemny wynik, trzecia zaś dopiero dodatni.

Antoni S, 18 l., przybył 25. VI. 1910 w II. okresie Turbana. Ciepłota najwyżej 37·1. Odczyn Moro w d. 27.

VI. 1910 i 16. VIII. 1910 wypadł ujemnie. Poprawa w płucach przez ten czas niewielka, przybytek na wadze = 3 kg. W d. 3. X. 1910 trzeci raz dokonany odczyn Moro wypadł dodatnio Nr 1: przez ten czas polepszenie w płucach postąpiło naprzód. Chory wyjechał 28. II. 1911 ze względną poprawą.

W jednym przypadku próba Moro, powtórzona po 4 miesiącach i po 8 miesiącach, dała ten sam wynik, co i za pierwszym razem, mianowicie słaby odczyn Nr 1.

Ciekawe było stałe podnoszenie się siły odczynu u chorej Leonidy S., 20 l.

Przybyła ona 29. XI. 1910 w stanie ciężkim, ze znacznem wyniszczeniem, ciepłota do 38·5. W płucach gruźlica III. okresu Turbana. Moro 12. XII. 1910 ujemny. Stan płuc zaczął się szybko poprawiać; chora gorączkę straciła; na wadze przybyło jej 3·3 kg w ciągu 2 miesięcy i wtedy odczyn Moro 13. II. 1911 wypadł dodatnio Nr 1. Upływa jeszcze miesiąc, w ciągu którego poprawa ogólna i miejscowa posuwa się — i chora 13. III. 1911 ma już odczyn Moro Nr 2. Po 140 dniach leczenia w d. 17. IV. 1911 chora wyjechała ze znaczną poprawą.

W trzech wreszcie pozostałych przypadkach odczyn Moro był niestały.

1) Helena R., 22 l., przybyła 25. III. 1910 z niewielkiemi zmianami w płucach (I. okres Turbana) i podejrzeniem co do zmian w gruczołach okołooskrzelowych przy wybitnej niedokrwistości. Prawie stałe niewielkie stany podgorączkowe. Odczyn Moro 30 III. 1910 ujemny, lecz 8. VI. 1910 już dodatni Nr 1. Przez ten czas nastąpiła wyraźna poprawa w wyglądaniu chorej, na wadze przybyło 3·5 kg, w szczytach znikły rzężenia i zmniejszyły się skrócenia odgłosu opukowego, 5. VIII. 1910 chora wyjechała do domu ze względną poprawą. 30. XI. 1910 wróciła ponownie do sanatoryum: wygląda znów gorzej; na wadze straciła blizko 1 kg, stany podgorączkowe stalsze i większe. Odczyn tym razem znów ujemny 4. XII. 1910. Pomimo dłuższego leczenia (166 dni) chora osiągnęła niewielką poprawę i wyjechała 14. V. 1911

2) Jakób P., 17 l., przybył 12. XI. 1909 w II. okresie Turbana. Odczyn Moro 4. VII. 1909 dodatni Nr 1. Od 31. XII. 1909 wstrzykiwania TBk; odczyn Moro 30. III. 1910 wypadł ujemnie pomimo względnej poprawy w plucach i stanie ogólnym. 12. IV. 1910 chory wyjechał ze znaczną poprawą po 152 dniach leczenia. Po 8 miesiącach pobytu w domu (bez swoistego leczenia) wrócił 12. XII. 1910: stan płuc nie uległ pogorszeniu. 21. XII. 1910 odczyn Moro znów dodatni Nr 1. Po 322 dniach leczenia chory wyjechał ponownie ze znaczną poprawą.

3) Józef C., 21 l., przybył 1. I. 1911 w II. okresie Turbana. Odczyn Moro 2. I. 1911 dodatni Nr 1; od 6. II. 1911 wstrzykiwania TBk; po 3 wstrzyknięciach 13. II. 1911 odczyn Moro jeszcze dodatni, lecz po miesiącu 13. III. 1911 już ujemny, pomimo wyraźnej poprawy w stanie ogólnym i miejscowym. 1. VI. 1911 chory wyjechał ze znaczną poprawą po 152 dniach leczenia.

W obu ostatnich przypadkach zniknięcie odczynu Moro należałoby objaśnić swoistem leczeniem tuberkuliną Béranecka.

W jednym wreszcie przypadku wcieraliśmy maść Moro 4 razy.

Jerzy K., 34 l., przybył 5. II. 1910 w II. okresie Turbana. Odczyn Moro ujemny 30. III. 1910 i 20. VI 1910 pomimo wyraźnej poprawy w stanie ogólnym i względnego polepszenia w płucach; dopiero 16. VIII. 1910 wcieranie maści tuberkulinowej dało wynik dodatni Nr 1: w tym czasie przybytek na wadze = 11·2 kg, w płucach znaczna poprawa. 28. IX. 1910 chory wyjechał po 236 dniach leczenia ze znaczną poprawą. 21. I. 1911. wraca on znów do sanatoryum po 4-miesięcznym pobycie w domu; gorzej wygląda, utrata wagi = 2 kg, w płucach więcej rzężeń, niż na wyjezdnem. Odpowiada temu pogorszeniu i odczyn Moro, który 13. II. 1911 wypadł ujemnie. Chory wyjechał 28. V. 1911.

I w tym przypadku zmienność odczynu Moro odpowiadała stanowi chorego.

Zakończenie.

Poddaliśmy wyczerpującemu rozbiorowi cały nasz materyał, przytoczyliśmy szereg spostrzeżeń i zestawień.

Opierając się na własnych badaniach, wysnuć możemy następujące wnioski o znaczeniu klinicznem odczynu Moro:

1) Próba tuberkulinowa Moro jest odczynem swoistym, a dodatni jej wynik świadczy o zakażeniu gruźliczem badanego

2) Niewystąpienie odczynu Moro nie wyłącza istnienia gruźlicy w ustroju, gdyż średnio w 33% pewnej gruźlicy otrzymuje się wynik ujemny.

3) Ilość dodatnich wyników próby Moro wyraźnie zmniejsza się z wiekiem chorych.

4) Znaczenie prognostyczne próby Moro jest daleko większe od dyagnostycznego.

5) Niewystąpienie odczynu Moro w stwierdzonej klinicznie gruźlicy daje w zasadzie niepomyślne rokowanie.

6) Im odczyn Moro jest silniejszy, tem rokowanie jest lepsze.

7) Wyniki powtórnie dokonanej próby Moro odpowiadają zazwyczaj przebiegowi przypadku i dają rokowanie, zgodne z powyższemi zasadami.

8) Swoiste leczenie gruźliczych osobników (zapomocą tuberkuliny Béranecka) znosi lub osłabia wystąpienie u nich odczynu Moro.

9) Wobec powyższych danych próbę tuberkulinową Moro zalecić można, jako zupełnie nieszkodliwą, a mającą wybitne znaczenie kliniczne dla rozpoznania i zwłaszcza dla rokowania w gruźlicy.

Piśmiennictwo. 1) Bullinger: Münch. m. Woch. 1909. Nr 26. — 2) Chlumsky: Przegl. lek. 1910. Nr 15, str. 213. — 3) Chybczyński: Medyc. i Kron. lek. 1909. Nr 2—6, str. 26, 58, 82, 105, 125. — 4) Determan: Münch. m. Woch. 1909. Nr 50. — 5) Emmerich: Münch. m. Woch. 1908. Nr 20. — 6) Engel: Deut. m. Woch. 1911. Nr 36. — 7) Enz: Wien. kl. Woch. 1908. Nr 12. — 8) Friedberger: Münch. m. Woch. 1910. Nr 50. — 9) Hamburger: Wien. kl. Woch. 1908. Nr 12. — 10) Tenże: Münch. m. Woch. 1909. Nr 1. — 11) Heineman: Münch. med. Woch. 1908. Nr 11. — 12) Kanitz: Wien. kl. Woch. 1908. Nr 28. — 13) Kraus, Volk u. Löwenstein: Deut. m. Woch. 1911. Nr 9. — 14) Lejeune: Berl. kl. Woch. 1908. Nr 39. — 15) Mayrhofer: Die Anwendung der Moroschen perkutanen Tuberkulinreaktion im Kindesalter. Inaug. Diss. München. 1908. — 16) Monti: Wien. kl. Woch. 1908. Nr 41. — 17) Moro & Doganoff: Wien. kl. Woch. 1907. Nr 31. — 18) Moro: Münch. m. Woch. 1908. Nr 5. — 19) Moro: Münch. m. Woch. 1908. Nr 39. — 20) Moro: Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. XII. — 21) Piotrowski: Gaz. lek. 1910. Nr 29. — 22) Pirquet: Wien. kl. Woch. 1907. Nr 20. — 23) Pirquet: Berl. kl. Woch. 1907. Nr 22. — 24) Pirquet: Berl. kl. Woch. 1907. Nr 38. — 25) Römer: Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. XII. str. 185—194. — 26) Römer: Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. XVII. str. 427—460. — 27) Rolly: Münch. m. Woch. 1910. Nr 16. — 28) Rolly: Münch. m. Woch. 1910. Nr 44. — 29) Rolly: Münch. m. Woch. 1911. Nr 24. — 30) Sorgo: Deut. m. Woch. 1911. Nr 22. — 31) Szaboky: Zeitschr.

f. Tuberk. 1911. Bd. 17. H. 2. — 32) Takeno: Ueber das Wert der Moroschen Perkutanreaktion in der Diagnostik der Kindtuberkulose. Inaug. Diss. München 1910. — 33) Weil: Münch. m. Woch. 1909. Nr 48. — 34) Wilczyński: Przegl. lek. 1911. Nr 43, str. 693. — 35) Wolff-Eisner: Berl. kl. Woch. 1908. Nr 30.— 36) Wolff-Eisner: Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. X. — 37) Wolff-Eisner: Die Frühdiagnose und Tuberkulose-Immunität 1909. — 38) Wolff-Eisner u. Teichman: Berl. klin. Woch. 1908. Nr 2. — 39) Wetzell F.: Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. XI. s. 271.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Reichel. **Doświadczenia z zamroczeniem skopolaminą z morfiną, pantoponem i narkofiną.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 12). R. próbował różnych kombinacyi powyższych środków celem uzyskania zamroczenia, i przekonał się, że skopolamina w większych dawkach jest środkiem bardzo nieobliczalnym, a nawet niebezpiecznym, ale stosowana w dawce odpowiedniej, może znakomicie wspomagać uśpienie, a także znieczulenie miejscowe. Skopolaminę kombinuje się z innymi narkotykami. Nie nadają się wcale do tego morfina i pantopon, bo nietylko nie osłabiają złego działania skopolaminy, ale nawet je potęgują (np. porażenie oddechu). Natomiast z przetworów makowca nadaje się do tego celu znakomicie narkofina; środek ten nie działa tak źle na ośrodek oddechowy, jak wyżej wspomniane. Daje się go w dawce 0,03. — Unikać należy zamroczenia: 1) u osób cierpiących na zaburzenia w drogach oddechowych, 2) u osób starszych, 3) u bardzo osłabionych. (Odpadają zatem najważniejsze wskazania! Przyp. sprawozd.). K.

Kisch. **O eterowem uśpieniu kroplowem po poprzedniem wstrzyknięciu pantoponu i atropiny z kwasem siarkowym** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 7). Celem zmniejszenia ilości spotrzebowanego środka usypiającego, usunięcia stanu podniecenia i wymiotów i uspokojenia chorego, polecano wstrzykiwać morfinę przed zabiegiem, a celem zmniejszenia ślinotoku atropinę lub skopolaminę. K. przekonał się jednak, że bez porównania lepszy skutek osiąga się przez wstrzyknięcie na $^1/_2$ godziny przed uśpieniem pantoponu 0,02 i t. zw. atropiny z kwasem siarkowym w dawce 0·001. Taka atropina jest o połowę mniej trująca od siarkanu atropiny i zawiera 10% mniej tego środka, a ślinotok usuwa nie gorzej od zwykłej atropiny. Pantopon znów, z powodu zawartości innych alkaloidów, podrażniających ośrodki rdzeniowe, nie wpływa ujemnie na tętno, oddech i jelita. Wymioty, a potem powikłania płucne są znacznie rzadsze przy tem uśpieniu. K.

Oser i Pribram. **O znaczeniu śledziony w ustroju, dotkniętym nowotworem złośliwym i wpływaniu na nowotwory zapomocą zawiesiny śledziony** (Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Ther. 12, 1913). Wiadomo, że pewne tkanki, jak chrząstki, ściany naczyń krwionośnych i śledziona bardzo rzadko bywają zajęte przez nowotwory złośliwe. O. i P. wycinali śledzionę zwierzętom przed lub po zaszczepieniu nowotworów złośliwych, starali się uodpornić zwierzęta zawiesiną śledziony lub leczyć zwierzęta, którym nowotwór zaszczepiono. Ogółem przekonali się, że wpływ śledziony na nowotwory jest wyraźny. Tak np. u zwierząt z wyciętą śledzioną nowotwory przyjmowały się lepiej, rosły szybciej. Wstrzykiwania śledziony roztartej wywoływały wolniejszy wzrost guza, a nieraz jego znikanie, a gdy równocześnie szczepiono nowotwór i śledzionę, to nowotwór nie przyjmował się. Fakta te dowodzą, że istnieją w śledzionie substancye, które działają na nowotwory, jakby niweczniki. Substancyi tych niema we krwi. A.

Kolb i Laubenheimer. **W sprawie oceny zapobiegawczego leczenia tężca surowicą** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 9). W tężcu wynosi śmiertelność jeszcze 80—90%; w razie wybuchu choroby surowica niewiele pomaga, natomiast ma ona podobno działać bardzo dobrze zapobiegawczo. Ocenićby to jednak można jedynie wtedy, gdybyśmy mogli stwierdzić, że w danym przypadku na pewno było zakażenie prątkami tężca, a jednak objawy tężca mimo to nie wystąpiły. Przypadek taki opisują autorzy. Po zranieniu ręki wykazano w ropie prątki tężca, oraz prątki podobne do prątka obrzęku złośliwego. Surowicę zastosowano zaraz po zranieniu, a potem w dużej dawce po zbadaniu bakteryologicznem. Tężec mimo obecności prątków nie wystąpił. Podobny przypadek opisał Jess. (Przypadek, opisany przez autorów, nie dowodzi stanowczo, że tu zawdzięczać należy surowicy wstrzymanie rozwoju tężca, bo surowicę zastosowano w dużej dawce właściwie dopiero po bakteryologicznem stwierdzeniu drobnoustrojów tężca, nadto w ropie wykazano także prątki obrzęku złośliwego, a zakażenie niemi również nie nastąpiło; wszak nieraz spotyka się jadowite drobnoustroje w ranie, a mimo to zakażenie się nie rozwija. Przyp. sprawozd.).

Na końcu swej pracy dodają autorzy, że pewność zapobiegawczego działania surowicy zyskaćbyśmy mogli wtedy, gdyby surowica działała w każdym przypadku (stosowana zapobiegawczo) skutecznie, co niestety się nie sprawdza. K.

Kuhn. **Pierwsza pomoc przy uduszeniu zapomocą bezpośredniego wdmuchiwania powietrza** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 12). Artykuł Kuhna ma za cel udowodnić, że pierwsza pomoc w przypadkach zaburzeń w oddychaniu bywa zwykle za krótką i niedokładną. Stan zamartwiczy nie jest wcale tak rzadki, a stwierdzenie śmierci bardzo trudne i Kuhn jest głęboko przekonany, że wiele osób, uznanych za zmarłe, dałoby się jeszcze uratować. Sztuczne oddychanie, zwłaszcza wykonywane przez laików, zwykle jest bardzo niedokładne; o wiele też pewniejszym sposobem (który Kuhn poleca wyuczyć się i laikom) jest bezpośrednie wdmuchiwanie do płuc powietrza (lub tlenu, jeśli go mamy pod ręką). Uczynić to można bardzo łatwo zapomocą przyrządów, podanych przez Kuhna. Odsuwa się nagłośnię palcami i wprowadza cewnik na mandrynie do tchawicy, poczem się mandryn wyciąga i balonikiem wdmuchuje powietrze. Lekarz powinien wsunąć elastyczną rurkę metalową, przez którą laik może już dalej godzinami wdmuchiwać powietrze. K.

Holzwarth. **Doświadczenia z zakresu chirurgii polowej w Bułgaryi** (Tow. lek. Peszt. 1913 I.). H. pracował w ekspedycyi węgierskiego Czerwonego krzyża w Sofii. W wojsku bułgarskiem jest wielki brak lekarzy, bo jest tylko 658 lekarzy, a z tego zaledwo 10 chirurgów. Rany też często były bardzo źle na polu bitwy opatrywane, tamponowane, niepotrzebnie sondowane i t. p., chociaż postępowanie wobec nowej broni, zwłaszcza karabinowej, musi stawać się coraz więcej zachowawczem. Żołnierze bułgarscy nie wszyscy mieli patrony opatrunkowe, a wielu nie wiedziało, jak z nimi się obchodzić. Opatrunek należy koniecznie przymocować plastrem, bo opaskowy zesuwa się. $^1/_4$ pocisków karabinowych pozostaje w ciele, $^1/_3$ ran ulega silnemu zakażeniu. Zranienia czaszki przebiegają groźnie, brzucha zaś i klatki piersiowej zwykle bardzo dobrze nawet bez operacyi. Często po zranieniu naczyń krwionośnych występują tętniaki. O ile można, lepiej odczekać 2 miesiące, nim przystąpi się do ich operacyi.

Tężec występuje często. Wstrzykiwania siarkanu magnowego w 3 przypadkach okazały się bezskuteczne, natomiast należałoby się na wypadek wojny zaopatrzyć obficie w surowicę tężcową. Przy zranieniu kończyn obecnie wyjątkowo stosuje się amputacye, a nawet zakażone złamania wielokrotne, udaje się zachowawczo wyleczyć. K

Colmers. **O działaniu nowoczesnych pocisków.** (Frankf. Zeitg. 1913 Nr 6). Pociski karabinowe sprawiają z odległości większej, niż 100 metrów, uszkodzenia, jeżeli tak powiedzieć można, humanitarne. Poniżej 100 metrów zaś wylot postrzału bywa zwykle większy, nieraz wielkości dłoni. Rany te są zwykle czyste, a zakaża je nieumiejętne opatrywanie, względnie niepotrzebna tamponada (z obawy przed krwotokiem). Pociski, używane obecnie przez Turków (na wzór niemieckich), t. zw. ostrokończyste (w przeciwieństwie do cylindrowych, używanych przez związkowców bałkańskich) są już znacznie gorsze, bo często pękają w ciele, zniekształcają się, a co gorsza, mają punkt ciężkości nie w środku, przez co nieraz się obracają, t. j. idą tępym końcem naprzód i często pozostają przez to w ciele. Pociski armatnie sprawiają zwykle uszkodzenia większe, często rany są tu już odrazu zakażone i przypominają rany zadawane bronią palną dawnych systemów, t. j. karabinów od przodu nabijanych. Pamiętać należy o tem, że w chwili postrzału część ciała trafiona ma inne położenie, niż potem i dlatego uszkodzeń szukać należy nietylko na linii, łączącej oba otwory postrzału. K.

Bircher. **Przyczyna nagminnego wola** (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. V). B. staje w obronie teoryi, tłómaczących powstawanie wola przez wpływy geologiczne, względnie przez picie wody, przechodzącej przez pewne formacye geologiczne. Za ważny dowód tego uznaje B. przykłady doświadczalnego wywoływania wola u zwierząt przez pojenie ich »wolową« wodą. Do tego nawiązuje B. ciekawe uwagi w sprawie t. zw. serca wolowego. Tak np. po wycięciu wola u psów pojenie ich wodą »wolową« wywołuje przyspieszenie tętna. Podobnie ludzie po operacyi wola, choć serce ich na razie się uspokoiło po powrocie do okolic »wolowych« zaczynają znów cierpieć na przypadłości sercowe. Wobec tego zmiany w sercu uważa B. nie tyle za skutek wola, ile raczej za skutek bezpośredniego zadziałania na serce pewnej toksyny, zawartej, zdaje się, w wodzie »wolowej«. A.

Schepelmann. **Jednostronne unieruchomienie płuca zapomocą wycięcia nerwu przeponowego** (Tow. lek. Halle XI. 1912). Unieruchomienie płuca celem leczenia gruźlicy stanowi obecnie jeden z ważnych środków leczniczych. Na podstawie doświadczeń na zwierzętach dochodzi S. do przekonania, że dałoby się to uskutecznić zapomocą wycięcia lub przecięcia nerwu przeponowego. Wprawdzie przepona nie jest jedynym mięśniem, potrzebnym do oddychania, ale odgrywa tu bardzo ważną rolę; po przecięciu nerwu ruchy oddechowe po stronie operowanej słabną znacznie, a dołącza się jeszcze do tego wysokie ustawienie porażonej części przepony, co wzmaga unieruchomienie płuca. U człowieka możnaby nerw wyszukać i przeciąć najlepiej na skrzyżowaniu z m. pochyłym przednim (scalenus anticus). Zabieg to niewielki i nie przedstawiający niebezpieczeństwa. (Podobny zabieg na człowieku wykonał już Stuertz, a Hellin na podstawie doświadczeń na zwierzętach nawet go już odrzucił). K.

Sauerbruch. **Wpływanie na cierpienia płuc zapomocą sztucznego porażenia przepony** (phrenicotomia) (Münch. med. Woch. 1913, Nr 12). Przez przecięcie nerwu przeponowego osiąga się porażenie części przepony, wyrażające się wysokiem wydechowem jej ustawieniem, co wpływa wybitnie uciskowo na dolne części płuc. Chcąc więc unieruchomić płuco od dołu, można próbować tego zabiegu, co też S. w 5 przypadkach u człowieka ze skutkiem wykonał. Zwłaszcza nadaje się ten zabieg celem wywarcia ucisku na dolne części, gdy one są zmienione, lub też gdy zamierzamy zdrowe bronić przed zakażeniem z aspiracyi plwociny, jeżeli potem przystąpić się ma do wycięcia górnych żeber celem unieruchomienia płuca i t. p. Cięcie prowadzi się na tylnym brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, a nerw grubości 3 mm znajduje się na mięśniu pochyłym przednim. K.

Urologia.

B. Dobrotworsky. **Przypadek odsobnionej gruźlicy jednej połowy nerki rozwojowo nieprawidłowej (podwójnej).** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. II). W przypadku D. miała nerka, wycięta z powodu gruźlicy, budowę zrazikową, oprócz tego miała dwie miedniczki i dwa moczowody, które oddzielnie do pęcherza uchodziły. Ognisko gruźlicze znajdowało się tylko w jednej połowie nerki. Ta wadliwa budowa anatomiczna mogła dać powód do ważnej pomyłki rozpoznawczej, gdyby cewnik wprowadzono do tego moczowodu, który odchodził od zdrowej połowy nerki. Pisarski.

Feliks Hagen. **Przechowywanie i wyjaławianie półmiękkich narzędzi.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 1). Autor podaje ścienną szafkę swojego pomysłu z kryształowemi szybami i odpowiedniemi płytami z nikeliny wewnątrz, do przechowywania i wyjaławiania miękkich i półmiękkich cewników, jak również i narzędzi do endoskopii narządu moczowego. Wyjaławianie odbywa się zapomocą pastylek formalinowych i z chlorkiem wapnia. Jako szczególnie dobrą stronę tej szafki podnosi H. łatwość przeglądu i oryentacyi, pomieszczenie dużej ilości cewników w małej przestrzeni i taniość szafki. Pisarski.

Mayer. **Zastosowanie elektrycznej latarki kieszonkowej, jako pomocniczy środek rozpoznawczy przy niepewnych co do rozpoznania wodniakach jądra.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 6). Kieszonkowa latarka elektryczna nadaje się znakomicie do rozpoznawczego prześwietlania wodniaka jądra w wątpliwych przypadkach. Otrzymuje się przytem obraz bardzo jasny; można prześwietlać także zapomocą zwykłej żarówki, zasłoniwszy część nie przytykającą do moszny czarną materyą. K.

A. Bauereisen. **O drogach pooperacyjnego zakażenia w narządzie moczowym kobiecym.** (Zeitschr. f. gyn. Urolog. 1913, T. 4. Nr 1). Autor badał cały szereg przypadków po ciężkich zabiegach ginekologiczno-chirurgicznych (op. Freund-Wertheima i inne) i doszedł do następujących wniosków. Zarazki dostają się do pęcherza moczowego w okresie wyzdrawiania, gdy zajdzie potrzeba wypuszczenia moczu cewnikiem, z cewki moczowej, w której w tym okresie znajdują się bardzo obficie; mogą one dostać się z cewki moczowej do pęcherza także i bez cewnikowania. Nasilenie sprawy zapalnej w pęcherzu zależy w wielkim stopniu od mechanicznego uszkodzenia zewnętrznych warstw pęcherza podczas zabiegu operacyjnego i od sprawy zapalnej około pęcherza (paracystitis). Bardzo często powstaje w zewnętrznych warstwach ściany pęcherza naciek zapalny, w którym można wykazać obecność licznych drobnoustrojów, bardzo jednakże rzadko przechodzących przez ścianę pęcherza do wnętrza.

Do moczowodów może się dostać zakażenie dwiema drogami, albo wprost z pęcherza drogą wstępującą, albo też od zewnątrz przez ścianę moczowodu, szczególnie w dolnej jego części, która podczas zabiegu mogła być od zewnątrz nieco uszkodzona.

Nerki ulegają zakażeniu drogą wstępującą z pęcherza lub też drogą krwi; zakażenie drogą krwi następuje szczególnie wtedy, jeżeli w ranie pooperacyjnej przeważa zakażenie gronkowcem. Również i drogą naczyń limfatycznych, wzdłuż moczowodów ku górze w tkance zaotrzewnej, może nastąpić zakażenie nerek; powstaje najpierw sprawa zapalna około nerki, która następnie przebija do nerki.

Co do zarazków, jakie odgrywają rolę w zakażeniu dróg moczowych po operacyach na częściach rodnych wewnętrznych, to B. znajdował zawsze mieszane zakażenie gronkowcami, paciorkowcami i prątkiem okrężnicy. Prątek okrężnicy był najmniej jadowity. Badając otwór pooperacyjny znajdował B. prątki okrężnicy zawsze w warstwach najpłytszych, natomiast paciorkowce i gronkowce drążyły

zawsze w głębsze warstwy; ale i prątek okrężnicy może czasami drążyć w głębsze warstwy.

Najlepszym środkiem zapobiegawczym byłoby uniknięcie cewnikowania; udaje się to po lżejszych zabiegach przez wstrzyknięcie do pęcherza 20 cm³ borgliceryny (sposób, podany swego czasu przez Baischa), poczem następuje samoistne oddanie moczu i cewnikowanie jest niepotrzebne. Czasami pituglandol oddaje w takich przypadkach dobre usługi. Ale w przypadkach ciężkich, szczególnie po operacyi Freund-Wertheima, cewnikowanie jest niezbędne, a zakażenie pęcherza pewne. Zapalenie pęcherza zwalczać wtedy należy dokładnem przepłukiwaniem po każdem cewnikowaniu, stosowaniem kollargolu i wewnętrznem podawaniem środków odkażających mocz, jak urotropina i t. p.

Pisarski.

Ottow. **Cystoskopem rozpoznany a przez laparotomię stwierdzony taśmowaty zrost pomiędzy jelitem cienkiem a szczytem pęcherza.** (Zeitschr. f. gyn. Urolog. 1913, T. 4. Nr 1). Autor podaje do wiadomości przypadek, w którym przez laparotomię usunięto macicę z powodu raka; w 6. dniu po operacyi powstała przetoka moczowodowo-pochwowa po lewej stronie. Gdy po paru miesiącach tasama chora zgłosiła się, ażeby uwolnić ją od ciągłego wypływania moczu przez pochwę, stwierdzono zapomocą cystoskopii na szczycie pęcherza lejkowate wciągnięcie, w którem spostrzedz się dawał przez ścianę pęcherza ruch robaczkowy jelita. Na tej podstawie rozpoznano zrost pęcherza z jelitem, co też po otwarciu jamy brzusznej, w celu wszczepienia moczowodu do pęcherza, rzeczywiście stwierdzono.

Pisarski.

Hans Hermann Schmidt. **Przetoka pęcherzowo-pochwowa, wyleczona przez wolne przeszczepienie rozcięgna.** (Zeitschr. f. gyn. Urolog. 1913, Nr 1, T. 4). Wolne przeszczepianie kawałka wyciętego rozcięgna znalazło od r. 1909, kiedy po raz pierwszy podał ten sposób Kirschner, rozległe zastosowanie w chirurgii. W ginekologii zastosował ten sposób po raz pierwszy Schmidt, pokrywając linię szwów na pęcherzu kawałkiem szerokiego rozcięgna uda, tak, iż tkanka ta odgraniczała pęcherz od pochwy. Wynik był dodatni.

Pisarski.

W. Stoekel. **Przebicie zapomnianego tamponu do pęcherza, po operacyi Schauty-Wertheima wskutek wypadnięcia macicy.** (Zeitschr. f. gynäkol. Urolog. T. 4. Nr 1. 1913). Wskutek wypadnięcia macicy wykonano u 45-letniej kobiety operacyę Schauty-Wertheima. Po pewnym czasie zgłosiła się ta chora powtórnie, z objawami nieżytu pęcherza. Cystoskopia stwierdziła obecność dużego kamienia. Przy litotrypsyi okazało się, że kamień ma jakieś miękkie podścielisko, które chwycone litotryptorem i wydobyte częściowo przez cewkę okazało się kawałkiem gazy. Ponieważ ten kawałek gazy nie dawał się całkowicie przez cewkę usunąć, musiano naciąć przednią ścianę pochwy, wydobyć macicę z jej położenia, jakie jej nadała poprzednia operacya i po nacięciu pęcherza wydobyć gazę tą drogą. Następnie zeszyto pęcherz, macicę wprowadzono w poprzednie położenie i zeszyto pochwę. Gojenie było prawidłowe.

Pisarski.

Ekler. **Przypadek lewostronnego obniżenia nerki, powikłany ropnem zapaleniem nerki i miedniczki nerkowej po stronie prawej.** (Zeitschr. f. gynäk. Urolog. T. 4. Nr 1. 1913). W przypadku tym rozpoznano ciążę w trzecim miesiącu i torbiel lewego jajnika, z tego powodu otwarto jamę brzuszną w celu usunięcia torbieli, która mogła później stanowić przeszkodę porodową. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że guz po lewej stronie brzucha jest nerką, leżącą w miednicy. Nerki tej nie usunięto, gdyż nie znano wartości czynnościowej drugiej nerki. W dalszym przebiegu przekonano się, że po prawej stronie istnieje ropne zapalenie miedniczki nerkowej i nerki. Ponieważ objawy tej choroby stawały się coraz silniejsze, wywołano poronienie, poczem leczono nerkę zachowawczo, z dobrym skutkiem. Ażeby uniknąć na przyszłość powikłań w ciąży ze strony nerek, nie mogąc usunąć żadnej z nerek, zaproponowano chorej wycięcie obu jajników.

Pisarski.

Dienst. **O budowie i histogenezie wrodzonych nowotworów nerki.** (Zeitschr. f. gynäkol. Urolog. T. 4. Nr 1. 1913). Wrodzone, jeszcze w życiu płodowem powstałe nowotwory nerki należą do wielkich rzadkości i autor zebrał z piśmiennictwa tylko 6 takich przypadków. Przypadek autora dotyczy płodu nieżywo urodzonego, długości 30 ctm. Cała prawa nerka była zamieniona w guz, wielkości jaja kurzego, o zachowanym kształcie nerki; zresztą nigdzie nic nieprawidłowego sekcya nie wykazała. Badanie mikroskopowe stwierdziło nowotwór mieszany (adeno-myosarcoma). Bird-Hirschfeld nazwał tę grupę nowotworów, występujących w nerkach płodów lub w pierwszych okresach życia dziecka i mających dążność do szybkiego rozrostu, »embryonales Adenosarcom«. Punktem wyjścia tych nowotworów jest zdaniem jego ciało Wolffa, gdyż w niem dają się wykazać komórki mięsne, a następnie w przypadkach, spostrzeganych przez Birch-Hirschfelda guz był odgraniczony od nerki właściwej. Wedle innych punktem wyjścia tych nowotworów jest pranercze; inni wreszcie przyjmują, że w samej tkance nerkowej mogą te nowotwory powstawać.

Pisarski.

Erne. **Czynnościowe badanie nerek zapomocą fenolsulfonftaleiny podług Rowntree i Geraghty** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 10). E. zachwala wymienioną w tytule próbę czynnościową nerek, polegającą na wstrzyknięciu 0,006 fenolsulfonftaleiny w 1 cm³ wody (gotowe w ampułkach), a następnie na procentowem obliczeniu w moczu w godzinę i we dwie zapomocą kolorymetru Autenrieth-Königsbergera. Sposób ten jest tak prosty, że może wykonać go każdy praktyk nawet w godzinie ordynacyjnej. Przy zdrowych nerkach po godzinie wykazuje się w moczu około 45%, po dwóch około 70%. Próba ta jest bardzo czułą i wykazuje zboczenia czynności nerek nawet tam, gdzie ani śladu białka wykryć nie można. Wogóle lekarz pamiętać powinien, że białkomocz jest tylko jednym z dowodów złej czynności nerek, że mogą one nie wydzielać białka, a mimo to być schorzałe, t. j. zatrzymywać w ustroju ciała bardzo szkodliwe. Właśnie próby czynnościowe nerek służą do wykrywania tej niesprawności nerek.

A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 5. grudnia 1912.

1. Kol. Brzeziński i Perłowski opisali przypadek **ostrej białaczki.** D. 18. sierpnia 1912 r. zgłosił się do szpitala fabrycznego w Zawierciu robotnik l. 21 z powodu bólów w rękach, nogach i plecach, trwających od 3 tygodni. Poprzednio nigdy nie chorował, rodzina zdrowa. Badanie stwierdziło uderzającą bladość, na skórze tułowia, ud i kończyn górnych liczne plamki wielkości grochu, czarne, nie ginące pod palcem. Na błonie śluzowej języka i jamy ustnej kilkanaście plamek ciemnowiśniowej barwy. Dziąsła obrzmiałe, krwawią. Gruczoły szyjne i pachwinowe wielkości grochu, niebolesne. Płuca i serce bez zmian. Brzuch wzdęty, śledziona sięga do pępka, górny brzeg na 7. żebrze. Wątroba wystaje z pod łuku na jeden palec, niebolesna. Cukru i białku niema. Ciepłota 37·4°—38·5°, tętno 100—112. Wkrótce występuje biegunka, stolce ze znaczną domieszką krwi. D. 29. sierpnia ciepłota podnosi się nagle do 40°, 31. sierpnia śmierć przy objawach zapalenia płuc. Badanie krwi 27. sierpnia wykazało 15% hemoglobiny (Sahli), krwinek czerwonych 1,300.000, białych

9.600, przed śmiercią 240.000. W preparatach, barwionych sposobem Ehrlicha i Giemsy, przeważają małe limfocyty z jądrami okrągłemi, wypełniającemi całą prawie komórkę. Leukocytów neutrofilnych bardzo mało, eozynochłonnych niema wcale. W limfocytach dużych jądra nieprawidłowe i nierównomiernie zabarwione (postacie przejściowe). Badanie drobnowidowe wykrywa w narządach wewnętrznych zmiany dwojakiego rodzaju: ostre zwyrodnienie miąższowe i rozrost tkanki limfatycznej. Pierwsze najwyraźniej w nerkach, wątrobie, częściowo w sercu (myocardite segmentaire Renaut), rozrost tkanki limfatycznej — w szpiku kostnym, wątrobie, śledzionie, najmniej w nerkach. Osobliwością tego przypadku są zmiany anatomopatologiczne w wątrobie, nerkach i sercu, oraz przewaga małych i średnich limfocytów nad dużymi. W drugiej części odczytu referenci skreślili obecny stan poglądów na etyologię, patogenezę i leczenie białaczki. W końcu kol. Perłowski pokazał na ekranie szereg preparatów drobnowidowych z narządów zmarłego.

W dyskusyi a) kol. Biegański podnosi, że nazwa białaczki jest zapewne pojęciem klinicznem zbiorowem, w którem mieszczą się różne sprawy chorobowe. Dlatego też białaczkę wywołują najrozmaitsze przyczyny. Pomyślny wpływ naświetlania spostrzegano tylko w białaczce przewlekłej, ostra jest nieuleczalną. b) Kol. Edw. Kohn opisuje spostrzegany przez siebie przypadek białaczki przewlekłej, w którym naświetlanie przez dłuższy przeciąg czasu sprowadzało znaczną poprawę. c) Kol. Szaniawski mówi o pomyślnym wpływie benzolu.

II. Kol. Rozenfeld. **Metodyka badania ciśnienia krwi.** Pokaz sfigmomanometru Riva-Rocci i oscylometru Pachona. Po krótkich uwagach z dziedziny fizyologii i bliższem wyjaśnieniu pojęcia ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i ciśnienia tętna, referent podał ogólną charakterystykę metod sfigmomanometrycznych. Najdłużej zatrzymał się na t. zw. metodzie oscylacyjnej, która polega na badaniu drgań, zachodzących w uciśniętym przez mankiet odcinku tętnicy. Wreszcie na podstawie własnych badań porównawczych omówił wartość przyrządu Riva-Rocci i Pachona w określaniu ciśnienia skurczowego i rozkurczowego.

Z powodu spóźnionej pory dalszą część odczytu (o wartości badania ciśnienia krwi ze stanowiska klinicznego) odłożono na jedno z następnych posiedzeń. (Będzie drukowane).

III. Kol. N. Neufeldówna przyjętą została na członka rzeczywistego Towarzystwa.

Sekretarz: Rozenfeld.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie z dn. 18. X. 1912.

Obecnych 17 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Dehnel.

1) Kol. Puterman zawiadamia, że przypadek, przedstawiony przez kol. Dehnela na posiedzeniu w d. 13. VI., po szczegółowem zbadaniu okazał się przypadkiem **postępującego zaniku mięśni** (dystrophia musculorum progressiva Erba).

2) Kol. Czajkowski odczytał pracę swoją, drukowaną w »Nowinach lekarskich«: **O leczeniu swoistem gośćca oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia.** Dyskusyę nad tym odczytem postanowiono odłożyć do następnego posiedzenia.

3) Kol. Dehnel wypowiedział: **Kilka uwag o wrzodzie dwunastnicy.**

Sprawa wrzodu dwunastnicy jest na porządku dziennym w literaturze obcej; w naszej prawie żadnych wzmianek o niej niema. Rozgłos nadali jej chirurdzy amerykańscy i angielscy, którzy wcześniej od innych wrzody te operowali. Patogeneza ta sama, co i wrzodu żołądka. Główna przyczyna zaburzenia krążenia, zatory w tętnicach i t. p. Eiselsberg utrzymuje, że wrzody dwunastnicy częściej zjawiają się od czasu częstych laparotomii. Dane statystyczne: Bier w ciągu 2 lat miał 23 przypadki, z tych 17 u mężczyzn, 6 u kobiet, Körte 23 u mężczyzn, 2 u kobiet. Bracia Mayo z 10000 operacyi mieli 186 przypadków wrzodu dwunastnicy, Dietrich na 8534 operacyi z lat 1908—1911 miał 99 przypadków wrzodu żołądka, czyli $1,1\%$, 95 przyp. nadżerek żołądka, 35 wrzodów dwunastnicy, 2 nadżerek dwunastnicy. Rozpoznanie należy do bardzo trudnych. Przebieg skryty. Charakterystyczne objawy: Ból z prawej strony pod łukiem, występujący nie zawsze, niestrawność, ściskanie w dołku, także niestale występujące. Ból występuje zwykle w kilka godzin po jedzeniu, po spożyciu pokarmu ustępuje, t. zw. ból głodowy. Bóle najczęściej napadowe z przerwami po 6—8 tygodni. Nadkwaśność, niekiedy wymioty żółciowe. Prawie znamiennym (patognomonicznym) objawem są stolce krwawe z nieznaczną zawartością krwi. Radyografia w pewnych przypadkach daje możność rozpoznania. Jako powikłania zdarzają się: śmiertelne krwotoki, przedziurawienia i zwężenia następcze; zrakowacenie wrzodu bardzo rzadko. Z 2262 przypadków, zebranych przez Dieulafoy, było 181 przedziurawień, z tych 125 z zapaleniem otrzewnej. Co do leczenia, to w lekkich przypadkach wskazane są środki wewnętrzne i ile możności oszczędzanie żołądka, w ciężkich z silnymi bólami i możliwością powikłań — operacya, gastroenterostomia, aby wrzód pozostawić w spokoju; w razie krwotoku podwiązanie naczyń i t. p. Co do wyników jeszcze nic stanowczego powiedzieć nie możemy.

Następnie kol. D. opowiada przypadek z praktyki własnej. Dziewczyna 16-letnia. Objawy: bóle w nocy bardzo silne, usadowione w okolicy podżebrowej prawej, podczas napadu silna bladość. Zrana chora czuła się zupełnie dobrze. Ani wymiotów, ani krwi w stolcach nie było. W ciągu 2 tygodni napady bólów powtarzały się co wieczór. Kol. D. przypuszczał wrzód dwunastnicy. We Wrocławiu jednak, dokąd się chora udała, rozpoznano nadkwaśność żołądka, na co kol. D. zgodzić się nie może.

W dyskusyi a) kol. Bartkiewicz zwraca uwagę na ogromną trudność rozpoznania wrzodu dwunastnicy, a także na objaw »obrony mięśniowej« (resistence musculaire) ze strony prawego m. prostego. Co do etyologii, to trudno wytłómaczyć powstanie wrzodu zakrzepami; wrzody zdarzają się po odmrożeniach i oparzeniach. Operacyą wskazaną jest gastroenteroanastomoza. Wycięcie odźwiernika daje wyniki bardzo liche. b) Kol. Dehnel jest tego zdania, że »obrona mięśniowa« nie jest wcale znamienna, występuje zawsze przy podrażnieniu otrzewnej odpowiedniej okolicy. Co do etyologii, to odmrożenia do wrzodów nie wiodą, przy oparzeniach wrzody zdarzają się. c) Kol. Weinzieher jest tego zdania, że rozpoznanie wrzodu dwunastnicy przy zastosowaniu odpowiednich metod klinicznych nie przedstawia zbyt wielkich trudności; zwłaszcza badanie chemiczne kału co do składników krwi, odpowiednio przeprowadzone, przy innych znanych objawach klinicznych, daje wskazówki dosyć ścisłe. Co do przypadku, przytoczonego przez kol. D., to właśnie wszystkie dane, a szczególnie wiek chorej, przemawiają raczej za nadkwaśnością, niż za wrzodem dwunastnicy. d) Kol. Dehnel odpowiada, że nadkwaśność może być i przy wrzodzie dwunastnicy, tak samo, jak i przy wrzodzie żołądka, tembardziej, że wrzody dwunastnicy sadowią się bardzo blizko odźwiernika, i za granicę anatomiczną przyjmuje się żyłę odźwiernikową. e) Kol. Arnold na potwierdzenie ogromnej trudności rozpoznania wrzodu dwunastnicy opowiada przypadek, gdzie przed 2 laty dobrzy specyaliści rozpoznawali zwężenie dwunastnicy wskutek wrzodu i doradzali operacyę, której chory się jednak nie poddał, a zaczął jeść wszystko i od tego czasu stan jego poprawił się znacznie. f) Kol. Dehnel wypowiada argumenty, dowodzące możliwości ścisłego rozpoznania wrzodu dwunastnicy po dłuższem badaniu. g) Kol. Wołkowicz podziela również zdanie, że rozpoznanie wrzodu dwunastnicy jest nieraz bardzo trudne, na dowód czego przytacza przypadek

z własnej praktyki, gdzie rozpoznawano kamicę żółciową, następnie wrzód dwunastnicy, a w końcu można było przypuszczać zapalenie wyrostka robaczkowego. Co do leczenia zwraca kol. W. uwagę, że wrzody dwunastnicy nie mają takiej skłonności do gojenia się, jak wrzody żołądka, zdarzają się niebezpieczne krwotoki. Dyeta mleczna nie jest idealną, jaja, kaszki, biszkopty są wskazane.

Sekretarz: S. Weinzieher.

Towarzystwo lekarzy w Kielcach.

Sprawozdania z posiedzeń w r. 1911.

I. Ogólne roczne zebranie d. 21 stycznia 1911 r. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński. Obecnych 16 członków.

1) Po przeczytaniu protokółu ostatniego posiedzenia, kol. sekretarz odczytał sprawozdanie za 1910 r., kol. skarbnik odczytał sprawozdanie o stanie kasy i majątku Towarzystwa, kol. bibliotekarz zaś o stanie biblioteki.

2) Przystąpiono do wyborów prezesa i bibliotekarza. Na prezesa został wybrany kol. Czaplicki (ponownie), na bibliotekarza kol. Lewinson.

3) Kol. Kosieradzki odczytał referat: **Omówienie sposobów stosowania preparatu Ehrlicha i o nowym odczynie Wassermanna.**

II. Ogólne posiedzenie d. 18 lutego 1911 r. z powodu niedostatecznej liczby członków (5) nie odbyło się.

III. Ogólne posiedzenie d. 18 marca 1911 r. Przewodniczący kol. Czaplicki, sekretarz Kopczyński.

1) Kol. Szenk i kol. Piotr Jankowski przedstawili chorego z rozpoznaniem **przewlekłego zapalenia opon miękkich rdzenia.** N. N. lat 16, chory kilka miesięcy; choroba rozpoczęła się od silnej gorączki, bólów krzyża, wkrótce wystąpiły przykurczenia w kończynach dolnych, a potem i w lewej górnej. Chory utrzymuje, iż na kilka dni przed zachorowaniem był obity kijami za spełnioną kradzież. Stan obecny: W płucach daleko posunięta gruźlica; serce bez zmian fizycznych; tętno 90; chory wybitnie niedokrwisty, wyniszczony; na skórze klatki piersiowej po stronie lewej przeczulica dotykowa i bólowa, natomiast w okolicy lędźwiowej czucie dotyku znacznie obniżone. Odruchy kolanowe zniesione. Lewa ręka, mniej prawa, obie dolne kończyny w stanie przykurczenia ze znacznym zanikiem mięśni; czucie na kończynach zachowane; stolce i mocz oddaje chory prawidłowo, lecz w początkach cierpienia miewał parcie na stolec, a mocz oddawał bezwiednie. Na zasadzie ostrego początkowego obrazu choroby z bólami krzyża, zaburzeniami ze strony pęcherza i odbytnicy, a dalej przykurczeń w kończynach z zanikiem mięśni i odruchów przy zachowaniu czucia dotykowego i bólowego wyłączono: przewlekłe zapalenie rdzenia, porażenie dziecięce, sprawy nowotworowe rdzenia, a rozpoznano przewlekłe zapalenie opon rdzenia.

2) Kol. Piotr Jankowski przedstawił trzech chorych ze szpitala św. Aleksandra, którym wstrzykiwał **salwarsan** (»606«).

IV i V. Ogólne posiedzenia dn. 18 kwietnia i 26 maja 1913 r. z powodu niedostatecznej liczby członków (6) nie odbyły się.

VI. Ogólne posiedzenie d. 17 czerwca 1911 r. Obecnych 8 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Piotr Jankowski.

1) Kol. P. Jankowski przedstawia chorego, u którego po wstrzyknięciu **salwarsanu** wystąpił uporczywy szum w uszach.

2) Kol. Kowalski omawia nową metodę badania narządów jamy brzusznej **i oklepywanie wątroby i śledziony.**

VII. Ogólne posiedzenie d. 23 września. Obecnych 11 członków. Przewodniczy kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński.

1) Kol. Ryttel przedstawił kilka preparatów z przypadków, operowanych przez niego w szpitalu i przedstawił historyę chorób odnośnych przypadków. Pierwszy przypadek: **usunięcie z kiszki stolcowej ciała obcego,** mianowicie słoika porcelanowego, długości 13 ctm., szerokości 5 ctm.; usunięcie przedstawiało dużo trudności, ponieważ słoik ostrymi brzegami wbił się mocno w ścianę kiszki; przebieg po operacyi dobry. Drugi przypadek: usunięcie dużych rozmiarów **torbieli jajnika;** trzeci przypadek: usunięcie z górnej części biodra **mięsaka barwikowego** kolosalnych rozmiarów i czwarty przypadek: resekcya kilkunastu ctm. kiszki zgorzelinowej, wskutek uwięźnięcia jej (hernia).

2) Kol. Szenk odczytał referat: **O żółtaczce.**

3) Kol. Kopczyński przedstawił chorą z oddziału kobiecego szpitala św. Aleksandra. Chora, panna, lat 23, ma od roku wybitną żółtaczkę, która z bardzo lekkiemi wahaniami trwa do dnia dzisiejszego; oprócz żółtaczki chora ma stare owrzodzenie na lewej goleni, poza tem czuje się dobrze. Chorób żadnych nie przechodziła. Przy badaniu chorej oprócz wybitnej żółtaczki stwierdzono powiększenie granic serca w poprzecznym rozmiarze, szmery w sercu; dolny brzeg wątroby wyczuwalny; badanie moczu i krwi zmian żadnych nie wykryło; odczyn Wassermanna ujemny. Rozpoznano: **wadę serca i kamicę żółciową.**

W dyskusyi zabierali głos kol. P. Jankowski, kol. Szenk i kol. Kosieradzki. P. Jankowski twierdzi, iż według niego chora niema wcale żółtaczki i cała sprawa przedstawia się jako niedomoga sercowa; dodaje, iż, według niego, chora ma wyczuwalną śledzionę i prosi kol. Kosieradzkiego o szczegółowe zbadanie krwi. Dla kol. Kosieradzkiego cała sprawa przedstawia się niewyraźnie, jest on zdania, iż trzeba jeszcze zbadać krew, mając na uwadze białaczkę lub początek choroby Bantiego. Kol. Szenk jest zdania, iż zachodzi przewlekły nieżyt dróg żółciowych i wada serca.

VII. Ogólne posiedzenie d. 21 października 1911 r. Obecnych 7 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński

1) Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia, kol. Piotr Jankowski podaje wynik badania krwi chorej, przedstawionej na ostatniem posiedzeniu przez kol. Kopczyńskiego. Znaleziono: $2^1/_2$ miliona ciałek czerwonych krwi, 12 tysięcy ciałek białych, 50% hemoglobiny, zdarzają się czerwone ciałka z jądrami. Na zasadzie tych danych można stwierdzić tylko niedokrwistość. Białaczkę należy wyłączyć, tembardziej, iż śledziona w ostatnich dniach znacznie się zmniejszyła.

IX. Ogólne posiedzenie d. 18 listopada 1911 r. Obecnych 13 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki, sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po przeczytaniu i podpisaniu protokołu ostatniego posiedzenia kol. przewodniczący przeczytał nadesłaną korespondencyę.

2) Kol. Kosieradzki wygłosił odczyt: **Arytmia tętna w świetle najnowszych badań.**

Dyskusyi nie było.

X. Ogólne posiedzenie d. 16 grudnia 1911 r. Obecnych 11 członków. Przewodniczący kol. Czaplicki. Sekretarz kol. Kopczyński.

1) Po przeczytaniu i podpisaniu protokołu ostatniego posiedzenia, kol. przewodniczący odczytał nadesłaną korespondencyę.

2) Kol. Lewinson odczytał referat: **Związek między cierpieniami narządów płciowych kobiecych i wewnętrznych.** W dyskusyi kol. Kosieradzki zaznacza związek między padaczką a tyłozgięciem macicy, wskazuje na podnoszenie się ciepłoty przed miesiączką u chorych gruźliczych, zaznacza związek między cierpieniami jajników a cierpieniem n. trójdzielnego.

Sekretarz: A. Kopczyński.

Sprawa szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Sprawa szpitala dziecięcego w Krakowie obchodzi żywo ogół lekarzy. Szpitali dziecięcych jest bowiem w Galicyi tylko dwa, łóżek dla dzieci, jak na tak wielki kraj, nieproporcyonalnie mało; zniknięcie jednego z tych dwu zakładów, jako instytucyi stanowiącej pewną całość, zaważyćby musiało niezmiernie ujemnie na wykształceniu lekarzy w zakresie pedyatrycznym. Trudno uwierzyć, aby w wieku XX, »wieku dziecka«, miała u nas sprawa ta, zamiast postępem, upamiętnić się cofnięciem wstecz. A wikła się ona do tego sprawą kliniki pedyatrycznej. Dotychczas klinika ta była pomieszczona w szpitalu św. Ludwika, a rząd opłacał pewną za to kwotę »Towarzystwu opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie«, które ten szpital utrzymuje. Otóż wobec wypowiedzenia dotychczasowej umowy ze strony Towarzystwa stanął rząd centralny w Wiedniu w ostatnich czasach — jak doniosła prasa codzienna — na tem stanowisku, że jeżeli Towarzystwo nie zawrze nowej umowy na korzystnych dla rządu warunkach, to klinika zostanie zamkniętą, a wykłady pedyatryi odbywać się będą na materyale ambulatoryjnym. Oczywiście po tem oświadczeniu rządu podjęte zostały ze stron do tego powołanych natychmiast usilne starania, aby rząd swe stanowisko zmienił i te starania muszą się powieść, jeżeli praktyczne wykształcenie pedyatryczne najbliższych naszych pokoleń lekarskich nie ma ucierpieć; niemniej jednak wszystko to wikła i utrudnia i tak już powikłaną i niełatwą, a naglącą sprawę szpitala dziecięcego w Krakowie.

Aby uzyskać jasny obraz sytuacyi, należy przedewszystkiem przypomnieć pokrótce działalność i plany na przyszłość krakowskiego »Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci«. Wyczerpujące o tem wiadomości zawiera wydane przed paru dniami, obszernie opracowane sprawozdanie Towarzystwa za r. 1912, istnienia Towarzystwa czterdziesty. Towarzystwo, liczące zaledwo 100 członków, utrzymuje dwie instytucye, mianowicie szpital św. Ludwika w Krakowie i kolonię leczniczą dla dzieci zołzowatych w Rabce. W szpitalu krakowskim leczono w r. 1912 1.431 dzieci przez 35.567 dni szpitalnych, ambulatoryjnie (w ambulatoryum klinicznem) 4.328. Z leczonych stale było na oddziale osesków 258, na oddziale chirurgicznym 545 (prócz tego operowano ambulatoryjnie 344), na oddziale chorób zakaźnych 329, reszta na oddziałach klinicznym i rezerwowym. W kolonii Rabczańskiej leczono w r. 1912 w dwu seryach w sezonie letnim 108 dzieci przez 5.340 dni; przynajmniej dwa razy tyle dzieci, koniecznie potrzebujących leczenia, nie mogło być do kolonii przyjętych dla braku miejsca i funduszów.

Otóż na tę kolonię w Rabce zamierza Towarzystwo w dalszej swej działalności położyć główny nacisk. W działalności w tym zakresie, należącym do ogólnego programu doniosłej sprawy walki z gruźlicą, jest Towarzystwo w warunkach obecnych pozostawione własnym tylko siłom, ponieważ niema u nas żadnej innej instytucyi ani władzy, na którejby w tym kierunku ciążył jakiś prawny lub ustawowy obowiązek. Natomiast obowiązek leczenia szpitalnego dzieci niezamożnych rodziców spada ustawowo na kraj na równi z obowiązkiem leczenia szpitalnego wszystkich innych niezamożnych chorych, Towarzystwa zaś opieki szpitalnej, utrzymując szpitale dziecięce, działały tylko zastępczo, wyręczały kraj w jego obowiązkach. Krakowskie Towarzystwo, wyręczając w ten sposób kraj przez lat czterdzieści, miało niewątpliwie prawo uznać to za dostateczne spełnienie swych zadań w tym względzie i usunąć się od dalszej tu pracy, by już wyłącznie poświęcić swe siły i środki kolonii Rabczańskiej. Kolonia ta zostałaby wówczas przekształcona na sanatoryum, czynne cały rok i stałaby się pierwszem w Polsce uzdrowiskiem przeciwgruźliczem dla dzieci, jakich w Niemczech i Francyi istnieją już dziesiątki. Ale, aby w ten sposób wkroczyć na nieutarte jeszcze u nas, a konieczne drogi, musi Towarzystwo starać się pomnożyć fundusze kolonii Rabczańskiej, dotychczas bardzo skromne (62.907 k.), co może osiągnąć jedynie przez wyzyskanie finansowe nieruchomości swej w Krakowie, budynków i gruntu szpitala św. Ludwika, przedstawiających obecnie znaczną wartość (ostatnie oszacowanie dochodziło 800.000 kor.). Ta droga jest jedyną dlatego, ponieważ oprócz tego nieruchomego i nieprocentującego się obecnie majątku ma Towarzystwo tylko niezmiernie mały własny fundusz, (po potrąceniu na specyalny cel przeznaczonego »funduszu rekonwalescentów«, wszystkie inne fundusze Towarzystwa niewiele przekraczają 12.000 kor.). Na leczenie chorych dzieci w szpitalu nie posiada Towarzystwo majątku (fundusze żelazne, należące do tego działu, wynoszą tylko 8000 kor., fundusz dyspozycyjny 14.000 kor., a długi hipoteczne na realności szpitalnej 48.000 kor.), a chorych w szpitalu utrzymuje Towarzystwo z opłat, uiszczanych za leczenie ubogich z funduszu krajowego i z wynagrodzenia za utrzymanie uniwersyteckiej kliniki pedyatrycznej, opłacanego przez rząd.

Opłaty te nie były dostateczne i nie pokrywały rzeczywistych kosztów leczenia. Pociągnęło to za sobą dopłaty ze strony Towarzystwa opieki szpitalnej, przekraczające jego siły i doprowadziło w konsekwencyi do obecnych stosunków, które według informacyi, udzielonych uprzejmie przez czcigodnego założyciela i obecnego kuratora szpitala św. Ludwika, profesora Dr Jakubowskiego, przedstawiają się, jak następuje:

»Wynagrodzenia, wypłacane przez kraj i rząd za leczenie chorych dzieci w szpitalu, w stosunku do przyjętych przez Towarzystwo zobowiązań niedostateczne, zmuszają Towarzystwo przy wzrastającej drożyźnie do wprowadzania oszczędności, łączących się ze szkodą dla chorych. Mimo tych oszczędności Towarzystwo popada w niedobory i zagraża mu ruina finansowa. Towarzystwo oprócz realności i budynków nie posiada własnych kapitałów, z którychby mogło pokrywać niedobory, a nie widzi się spowodowanem do zaciągania długów, aby pokrywać niedobory, wynikające z utrzymywania chorych, leczonych z funduszu krajowego i na klinice pedyatrycznej; ponosi też wielkie straty przez to, że z dochodów bieżących nie może dokonywać robót konserwacyjnych i adaptacyjnych w rozległych zabudowaniach szpitalnych, które wskutek tego niszczeją, tracą na wartości i pozostają przy szybkim postępie nowoczesnym w tyle w kierunku urządzeń higienicznych, sanitarnych i naukowych. Szpital w swoim czasie był zbudowany wzorowo na pomieszczenie 80 do 90 chorych, a wskutek przyjmowania z biegiem lat nowych zobowiązań liczba ich wzrosła do 146, co wiąże się z wielką szkodą dla chorych«

»Z tych powodów Towarzystwo wypowiedziało Wydziałowi krajowemu umowy o leczenie dzieci jeszcze z dniem 31. grudnia 1908, lecz na usilne życzenie ówczesnego marszałka krajowego, ś. p. Stanisława hr. Badeniego, przedłużyło je na okres lat pięciu, t. j. do 31. grudnia 1913 r., w którym to czasie miał być zbudowany zakład ginekologiczno-położniczy i do niego przeniesione ze szpitala św. Ludwika chore oseski wraz z matkami i mamkami. Również w tymże czasie miał być zbudowany wspólnym kosztem kraju i gminy m. Krakowa szpital dla chorych zakaźnych, a wskutek tego zostałyby zwinięte w szpitalu św. Ludwika oddziały dla chorych na płonicę (łóżek 12) i błonicę (łóżek 12). Projekta te dotąd nie spełniły się«.

»Po wygaśnięciu umów postanowiło Towarzystwo utrzymywać (oprócz sanatoryum w Rabce) nadal własnym kosztem, w mniejszym pawilonie, mały szpitalik dla dzieci z chorobami przewlekłemi, przeważnie na tle zołzowem i gruźliczem, z liczbą 20—40 łóżek, w miarę o ile na to dozwolą fundusze, które spodziewa się Towarzystwo osiągnąć ze sprzedaży lub wydzierżawienia większego pawilonu szpitalnego, obecnie mieszczącego klinikę pedyatryczną i oddział chirurgiczny. O tem postanowieniu zawiadomiło Towarzystwo zarówno Wydział krajowy, jak i Ministerstwo oświecenia«.

»Wydział kraj. (odezwa z dnia 13. czerwca 1911 r. l. 66057) przyjął wypowiedzenie do wiadomości z oświadczeniem, iż nie zamierza przedłożyć Wysokiemu Sejmowi wniosku na odkupienie od Towarzystwa budynków szpitala św. Ludwika W sprawozdaniu zaś Departamentu V. Wydziału kraj. za rok 1911 na str. 10 czytamy, iż zdaniem Wydziału kraj. »winno Towarzystwo szpital św. Ludwika z całym jego majątkiem oddać w inne ręce z obowiązkiem leczenia w tym szpitalu dzieci. Sprawą szczegółowego zbadania przeznaczenia funduszów krakowskiego Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci zajmuje się c. k. Namiestnictwo na prośbę Wydziału kraj., który po otrzymaniu wyniku badania wyciągnie zeń konsekwencye i wtenczas poweźmie decyzyę co do dalszego zapewnienia opieki szpitalnej chorym dzieciom«. O ile Towarzystwu opieki szpitalnej wiadomo, Namiestnictwo nie podziela zapatrywań Wydziału kraj., który mimo tego sprawę co do zapewnienia opieki szpitalnej dla dzieci po wygaśnięciu umów pozostawia w zawieszeniu«.

»Komitet Towarzystwa, nie chcąc, aby ważna ta sprawa rozstrzygana była doraźnie w ostatnich dniach przed ekspiracyą umów (jak to się działo w roku 1908) i aby chora dziatwa w Krakowie znalazła się po 1 stycznia 1914 bez szpitala, wypracował treściwy memoryał o stosunkach szpitala św. Ludwika i rozesłał go w pierwszych dniach listopada 1912 r. osobistościom wpływowym (m. i. JE. marszałkowi Sejmu kraj., prezydentowi m. Krakowa, burmistrzowi m. Podgórza, marszałkowi Rady powiatowej krak., posłom z miasta Krakowa i powiatu krakowskiego) z prośbą o wejrzenie w tę sprawę i wpłynięcie ewentualnie w drodze

interpelacyi sejmowej, aby Wydział krajowy w interesie chorych dzieci poczynił jak najrychlej stosowne zarządzenia dla odpowiedniego od 1. stycznia 1914 r. pomieszczenia licznych, a z każdym rokiem zwiększających się zastępów chorych dzieci z Krakowa, Podgórza i okolicy«.

»W sprawie kliniki pedyatrycznej po wypowiedzeniu umowy zawezwał Rząd Towarzystwo do złożenia oferty z podaniem warunków sprzedaży i wydzierżawienia większej realności szpitala św. Ludwika, w której obecnie mieści się klinika pedyatryczna, oddział chirurgiczny, mieszkanie Sióstr miłosierdzia i pawilon parterowy, służący na pomieszczenie kuchni, pralni itd. Żądaną ofertę złożono d. 24. stycznia 1912 r., a oferta ta z opinią Starostwa i Namiestnictwa wysłana została dnia 13. czerwca 1912 do Ministerstwa oświecenia, gdzie dotąd pozostaje«.

Zdaniem prof. Jakubowskiego mogłyby stosunki być uregulowane pomyślnie zarówno dla chorych dzieci, jak i dla celów naukowych (klinicznych), w sposób dwojaki.

»Mogłoby to popierwsze stać się wtedy, jeżeli rząd wydzierżawi od Towarzystwa na klinikę pedyatryczną większy pawilon szpitala św. Ludwika wraz z urządzeniem dla 50—60 chorych dziennie, ułoży się z Wydziałem krajowym co do uiszczania z funduszu krajowego opłat dziennych (Verpflegstaxen) za chore dzieci leczone na klinice pedyatrycznej w podobny sposób, jak to się dzieje na innych klinikach uniwersyteckich i jeżeli w ten sposób urządzona klinika pedyatryczna włączona zostanie do administracyi klinik uniwersyteckich. Przy tych zarządzeniach mogłoby znaleść w szpitalu św. Ludwika pomieszczenie na klinice pedyatrycznej od 50 do 60, a w pawilonie mniejszym na oddziale dla dzieci zołzowatych, utrzymywanym przez Towarzystwo opieki szpitalnej, od 20 do 40 dzieci, ogółem 70 do 100 dzieci, t. j. ta liczba, na jaką szpital zbudowany. Kwoty, wypłacane dotąd za leczenie dzieci przez kraj i rząd, dodając do nich na inwestycye i z powodu drożyzny około 25%, wystarczyłyby wtedy na utrzymanie i leczenie nietylko 50—60 chorych dzieci na klinice pedyatrycznej, ale i reszty dzieci, przeniesionych ze szpitala św. Ludwika na oddziały nowo zbudowane przez kraj dla osesków i dzieci zakaźnie chorych«.

Druga alternatywa korzystnego uregulowania stosunków szpitala mogłaby być według prof. Jakubowskiego następująca: »Rząd wynajmuje od Towarzystwa większy pawilon szpitalny, obejmując we własny zarząd dzisiejszą klinikę pedyatryczną i oddział osesków z mamkami. W wynajętym pawilonie pozostałoby jeszcze dość ubikacyi na laboratorya kliniczne i na kilka separatek dla chorych I. klasy. Wydział krajowy wynająłby pawilon mniejszy szpitala i urządził w nim (zanim zbudowany zostanie w Krakowie szpital dla chorób zakaźnych) na całym parterze oddział płoniczy z liczbą 30—40 łóżek, a na całem piętrze oddział dla błonicy z taką samą liczbą łóżek. Wreszcie Towarzystwo opieki szpitalnej z własnych funduszów i otrzymanych czynszów przystąpiłoby niezwłocznie do budowy nowego pawilonu na gruncie, leżącym w narożniku ul. Kopernika i Strzeleckiej, na dyspensatoryum dla dzieci zołzowatych i zagrożonych gruźlicą. W tymże pawilonie, w miarę funduszów, urządzonyby został oddział stały na 20— 40 łóżek dla dzieci z chorobami przewlekłemi, a przedewszystkiem do pielęgnowania i leczenia dzieci po przebytych operacyach stawów i kości«.

Oto stan, w jakim sprawa znajdowała się przed kilkunastu jeszcze dniami. W ostatnim czasie weszła ona w nowy okres, pozwalający na pomyślniejsze nadzieje, ale nie usuwający jeszcze całkowicie obaw, czy sprawa będzie jeszcze na czas (przed Nowym Rokiem 1914) rozwiązana.

Wskutek interpelacyi, wniesionej w Sejmie przez marszałka powiatu krakowskiego, posła Dr (med.) Skrzyńskiego w sprawie dalszego istnienia szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie, odbyła się, jak doniosły dzienniki, 3. IV. w Wydziale krajowym ankieta, w której wzięli udział marszałek krajowy, szef departamentu Dr Bernadzikowski i posłowie krakowscy Skrzyński, Zoll, Sare, Maryewski i Federowicz. Wynik ankiety przedstawiają dzienniki, jak następuje: »Po przedstawieniu opłakanych stosunków na polu leczenia dzieci w Krakowie i wyjaśnieniu okoliczności, iż wskutek zniesienia tego szpitala ów stan jeszcze bardziejby się pogorszył, marszałek i szef departamentu uznali te wywody za słuszne i przyrzekli jak najprzychylniej traktować postulaty, przez posłów przedstawione w czasie przejściowym, oraz poprzeć wniosek co do wybudowania większego nowoczesnego szpitala dla dzieci w Krakowie«.

Sprawy sanitarne w Sejmie 1913.

II.

Zestawienia ze szpitali za rok 1911.

Sprawozdanie swoje ogólne (omówione w poprzednich numerach »Przeglądu lek.«) uzupełnił Departament V. Wydziału krajowego wydanem przed paru dniami zestawieniem ruchu chorych w szpitalach, jakoteż zestawieniami budżetowemi za r. 1911.

Ogół wydatków w rubryce spraw sanitarnych wynosił w budżecie krajowym z r. 1911 kwotę 7,112.064 kor., prawie pół miliona koron więcej, niż preliminowano, ale o 75.948 kor. mniej, niż wydano w r. 1910. Po potrąceniu dochodów w tej rubryce wynosi jednak wydatek czysty 4,315.065 kor., to jest faktycznie o 527.454 kor. więcej, niż w r. 1910. Wśród wydatków naczelne miejsce zajmują oczywiście koszta leczenia (w szpitalach): 3.390.808 kor., potem wydatki krajowego szpitala we Lwowie: 1,186.867 (brutto; po potrąceniu dochodów tego szpitala wypada netto 701.564), zakładu w Kulparkowie: 1,053.899 (wydatki były m n i e j s z e od dochodów tego zakładu, wynoszących 1,068.383, tak, że netto pozostaje nadwyżka 14,484 k.), szpitala w Krakowie: 916.305 (netto t y l k o 355.957). Następnie idą wydatki na szczepienie ochronne krowianką 155.778 kor., raty pożyczki na budowę zakładu w Kobierzynie 150.485 kor., koszta lekarzy okręgowych 105.543. Oprócz rat za Kobierzyn nową rubryką jest koszt szkoły dozorczyń chorych we Lwowie (wikt uczennic) 18.092. Za utrzymanie podrzutków w kraju i (dodajmy: g ł ó w n i e) zagranicą zapłacił kraj 56.803 kor.; na zasiłki dla zakładów sanitarnych (subwencye dla szpitali prywatnych, sanatoryów przeciwgruźliczych i. t. p.) wydano 57.040 k., na leki podczas epidemii 12.333 kor., stypendya dla lekarzy na podróże naukowe 6001 kor., koszta szczepień przeciw wodowstrętowi 2,110 kor. O znacznej stosunkowo kwocie, wydawanej na podrzutki, należałoby tu powtórzyć tesame uwagi, co w latach poprzednich; z ogólnej kwoty 56.803 przypada nie mniej niż 49.886 kor. na koszta, zapłacone za podrzutki w Wiedniu!,

Wydatki na zakłady szpitalne zestawiono w sprawozdaniu jeszcze w drugi sposób, obliczając mianowicie, że wszystkie one kosztowały 4,710.019 kor., z czego na oba szpitale krajowe wraz z klinikami wypada 1,322,315, na szpitale prowincyonalne 1.937.668, zakłady obłąkanych 1,026,060, zakłady położnicze 271.165, szpitale dziecięce 152.774.

We wszystkich zakładach razem leczono dziennie średnio 6.977 osób, gdy łóżek etatowych było tylko 6.419. Tak wyraźnie nie wystąpiło przepełnienie zakładów szpitalnych w kraju, o ile pamiętam, w ogólnem zestawieniu, jeszcze nigdy. Znacznie oczywiście jaskrawiej występuje ono w poszczególnych zakładach. I tak np. było w r. 1911:

W zakładzie obłąkanych w Kulparkowie łóżek	1111,	chorych 1660!
» » w Krakowie »	115,	» 148!
w szpitalu krakowskim (bez klinik) »	506,	» 514,

gdy we Lwowie stosunek ten wynosił 692:581, co jest dostatecznym dowodem, jak nierówno były zdawna traktowane oba największe szpitale w kraju pod względem rozszerzania stosownie do potrzeb.

Równie znaczne przepełnienie było w większości szpitali prowincyonalnych, gdzie (z niewielu wyjątkami) w n a j l e p s z y m razie ś r e d n i a dzienna liczba chorych równała się, albo nieznacznie przekraczała etatową liczbę łóżek. W kilkunastu szpitalach jednakże ś r e d n i e przepełnienie wynosiło 50%, 60%, a nawet prawie do 100%! Naczelne miejsce zajmują tu

Zaleszczyki z liczbą łóżek 60, a średnią dzienną 109 chorych (!), dalej idą:

Drohobycz	120	169
Kołomyja	100	128
Podhajce	85	100
Stanisławów	120	190
Stryj	99	130

Uderzającą jest rzeczą, że najwięcej cierpią na przepełnienie szpitale średniej wielkości, z których nawet nowsze (Jarosław 110:120, Przemyśl 200:215 i t. p.) są już przepełnione; najwyraźniejszy dowód słuszności zarzutu, że szpitale nowe odrazu projektowano za małe. Ze szpitali tego typu zaledwo Husiatyn (114:109), Sambor (120:101), Sokal (104:96), Złoczów (100:89), Żywiec (110:98) miały stosunki znośniejsze. Z mniejszych szpitali straszny jest stosunek w Tarnobrzegu: 30:51, Turce 52:74, Wadowicach 41:67 (Turka i Tarnobrzeg należą do nowszych szpitali).

Przepełnienie, wzrastające w sposób zastraszający, tłomaczy się faktem, że w r. 1911 było dni leczenia 2,546.696, t. j. znowu o 66.289 więcej, niż w r. 1910. W roku zeszłym rozpatrywałem już tę sprawę dokładniej i zbyteczna powtarzać tu znowu o zbyt powolnem przybywaniu szpitali, nie dotrzymującem kroku nawet naturalnemu przyrostowi ludności.

Dzienny koszt leczenia jednego chorego wynosił średnio dla wszystkich zakładów 1·84 kor., w szczególności w zakładach położniczych 3·73 k, w szpitalach krajowych wraz z klinikami 2·85 kor., w szpitalach dla dzieci 1·93 kor., w zakładach obłąkanych 1·55, w szpitalach prowincyonalnych 1·52 kor. Samo żywienie kosztowało w zakładach położniczych 87 h., w szpitalach stołecznych z klinikami 72 h., w zakładach obłąkanych 59 h., w szpitalach prowincyonalnych 49 hal. na głowę i dobę (w porównaniu z dwoma latami poprzedniemi wzrósł wydatek na żywienie w szpitalach prowincyonalnych o cztery halerze na dobę i głowę; nie odpowiada to nawet stopniowi podrożenia artykułów żywności, jakie w tych latach nastąpiło).

III.

Sprawozdanie Inspektoratu szpitali za r. 1911 1912.

Pomimo zredukowania sprawozdań ze szpitali (obejmujących dawniej obok lekarskich sprawozdań z ruchu chorych i działalności każdego szpitala także część naukową, czego dotąd mimo wielokrotnego upominania się sejmowej Komisyi sanitarnej nie przywrócono) do samej tylko relacyi Inspektoratu szpitalnego, pozostały one jedną z najciekawszych publikacyi sejmowych w zakresie sanitarnym. Bądźcobądź bowiem pozwalają one przypatrzyć się nieco bliżej brakom, potrzebom i gospodarce lekarskiej w poszczególnych zakładach, a wreszcie można na ich zasadzie wytworzyć sobie i nakreślić obraz ogólny. Obraz taki byłby z pewnością wierniejszy i ściślejszy, gdyby samo sprawozdanie zawierało na końcu zestawienie generalne, którego brak uważam za dotkliwy, a któreby dawało gotowy już zrąb dla sprawozdań sejmowej Komisyi sanitarnej i podstawę do gruntowniejszego rozpatrzenia rzeczy w prasie fachowej, niż to jest możebne obecnie.

Próbę takiego generalnego zestawienia podjąłem dwukrotnie, raz w r. 1907, a potem za dalsze pięciolecie w r. 1912, nawiązując do tego uwagi o nasuwających się na tej podstawie postulatach. Ponieważ od roku zeszłego nie zaszły zmiany zasadnicze i postulaty, dotyczące szpitalnictwa, biorąc ogólnie, również się nie zmieniły, przeto nie mam zamiaru tym razem podawać takiego ogólnego przeglądu i ograniczę się tylko do streszczenia ciekawszych szczegółów relacyi Inspektoratu w tym porządku, jak się one w niej znajdują, to jest naprzód o szpitalach stołecznych, a potem o szpitalach prowincyonalnych w alfabetycznej kolei.

O szpitalu lwowskim dowiadujemy się z tabeli ruchu chorych za r. 1910 i 1911, że z oddziałów jego prócz jedynego położniczego (tak szpitalnego, jak i klinicznego) żaden nie był przepełniony, że średnio biorąc miały wszystkie pewną rezerwę wolnych łóżek. Tylko oddział położniczy miał w r. 1911 średnio 46 chorych na 42 łóżkach, a klinika ginekologiczna 29 chorych na 25 łóżkach. Ale i to przepełnienie jest tylko pozorne, ponieważ równocześnie oddział ginekologiczny i klinika położnicza miały stosunek chorych do łóżek: 26:31 i 46:53, a ponieważ w obu tych instytucyach (oddziale szpitalnym i klinice) są położnictwo i ginekologia integralnie związane, więc przepełnienie istniało właściwie tylko pozornie Mimo tych względnie nienajgorszych stosunków zwraca Inspektorat (i słusznie) uwagę na konieczność powiększenia liczby łóżek w szpitalu lwowskim i związaną z tem potrzebę dokupienia terenów. Drugim postulatem jest kreowanie oddziału oto-laryngologicznego, urologicznego, mechano- i hydroterapeutycznego. Jako aktualne podnosi Inspektorat: potrzebę rekonstrukcyi pawilonu położniczego i zaadaptowania oddziału zakaźnego w szpitalu dziecięcym na oddział dla osesków (obie te sprawy objął już w swych wnioskach do Sejmu Wydział krajowy). Dalej podnosi Inspektorat konieczność poprawy płac lekarzy szpitala i przydzielenia lekarzom pomocniczym mieszkań w szpitalu. Na podkreślenie zasługuje wydatna działalność naukowa personalu lekarskiego, który u. r. ogłosił 14 prac naukowych i 56 wykładów. Zarazem zapowiada Inspektorat opracowanie schematu do naukowej statystyki szpitalnej, »która corocznie będzie publikowana; temsamem zapoczątkuje się publikacyę dorocznych sprawozdań naukowych poszczególnych szpitali« — zapowiedź, którą z radością trzeba powitać.

Znajdujemy tu dalej wiadomość, że z 28 Sióstr Miłosierdzia, pracujących na oddziałach, 10 ukończyło zawodowy kurs pielęgnowania chorych i że na pięciu takich półrocznych kursach wykształcono w szpitalu lwowskim dotychczas 125 Sióstr zakonnych, oraz 8 uczennic świeckich. Etat służby niższej jest w szpitalu lwowskim niedostateczny i wymaga powiększenia, konieczne są mieszkania dla służby (przeważnie dotąd mieszczącej się na salach chorych) i poprawa jej żywienia (mięsna wieczerza).

Wspominając z zakresu administracyjnego o aprowizacyi szpitala w mięso i wędliny we własnym zarządzie, podkreśla Inspektorat konieczność polepszenia kuchni i w tym celu urządzenia kursu gospodarskiego dla SS. Miłosierdzia (zgodnie z podniesionym w r. z. w »Przeglądzie lek.« postulatem).

Liczb dokładnych o ruchu chorych na poszczególnych oddziałach szpitala krakowskiego ze względu na przepełnienie niema potrzeby tu przytaczać, skoro wogóle w szpitalu tym na 506 łóżkach, bez oddziału umysłowo chorych, było w r. 1911 średnio dziennie 514 chorych, a z oddziałem tym, szkołą położnych i klinikami stosunek ten wynosił nawet 776 : 807·5! Najgorzej przepełnione są oddziały: zakaźny (28:35·9), chirurgiczny (106:131·6), oczny (20:27·5), położniczy (30:58·5!, a więc prawie o 100⁰/₀), psychiatryczny (115:147·2) i laryngologiczny (20:31·1). Ohyda takich stosunków znajduje należyty wyraz w wyrażeniu się Inspektoratu, że »obecny stan zakładu urąga nietylko wszelkim zasadom sanitarnym, lecz nawet pojęciu ludzkości« i że »wprost dziwić się można, że chorzy pomimo tak złych warunków oddają się opiece szpitala krakowskiego«. Jako objęte planem inwestycyi (po rekonstrukcyi pawilonów chorób wewnętrznych, kuchni i pralni) podaje Inspektorat roboty następujące: »budowa zakładu położniczo-ginekologicznego, pomieszczenie oddziału chorób skórnych i wenerycznych, oraz oddziału ocznego, izby przyjęć i kancelaryi zarządu, jak również pomieszczenie dyrektora i lekarzy pomocniczych, budowa oddziału dla dzieci..., budowa pawilonów dla zakaźnie chorych, wreszcie budowa domu przedpogrzebowego« dodając, że roboty te »równocześnie z rozpoczęciem już uchwalonych robót winny być przygotowywane«, a więc widocznie jeszcze nie są przygotowywane. O ile program ten wyczerpuje nasuwające się postulaty, rozpatrywałem niedawno w osobnym artykule. Urządzenie szpitala (sprzęty) jest prócz oddziału chirurgicznego, jak stwierdza Inspektorat, »bardzo liche i dostraja się w zupełności do nędznego pomieszczenia oddziałów«. Podnosząc ruch naukowy, publikacyę poważnej ilości prac naukowych i niedawno zorganizowane naukowe posiedzenia lekarzy szpitalnych, nie podaje jednak Inspektorat dokładniejszych cyfr. Co do SS. Miłosierdzia, zauważa Inspektorat »małą ich dbałość o należyty ład i porządek na oddziałach, tak, że szpital krakowski pod tym względem niekorzystnie się wyróżnia od reszty krajowych lecznic«, oraz »brak zrozumienia i żywszego zainteresowania się sprawami danego oddziału«. Szkoda, że Inspektorat nie podaje, ile też Sióstr ze szpitala krakowskiego przeszło kursa fachowe we Lwowie, skoro dotąd niema osobnych kursów w Krakowie, (chociaż, jak mi się zdaje, powinny one były i tu być założone). O służbie niższej powtarza Inspektorat tosamo, co i o lwowskiej: zmienia się ona bardzo często, niema stosownych mieszkań i jest niedostatecznie żywiona (z winy obowiązującej normy żywienia); również takiesame, jak co do Lwowa, znajdujemy uwagi o prowadzeniu kuchni szpitalnej: kierujące nią Siostry zakonne nie są do tego dostatecznie przygotowane.

Niczem jednak są stosunki w obu szpitalach krajowych, nawet w krakowskim, wobec stosunków w Zakładzie kulparkowskim, wywołanych przepełnieniem. Przed kilku laty zakład ten po rozszerzeniu doszedł do ogromnej liczby 1111 łóżek etatowych; ale na tych 1111 łóżkach mieściło się średnio dziennie w ostatniem pięcioleciu: 1252, 1378, 1422, 1552, a w końcu w r. 1912 — 1660 chorych, czasami nawet, jak podaje Inspektorat, ponad 1800 (!) chorych. Przybytek nowych chorych w r. 1911 wynosił 1736, t. j. w stosunku do pozostałych w zakładzie z roku poprzedniego 109⁰/₀! Wśród tego było umysłowo chorych zbrodniarzy 179; nic dziwnego, że gdy stanowią oni 10⁰/₀ wszystkich chorych, zdarzają się tak często zamachy na zdrowie i życie lekarzy i służby. W r. 1912 były dwa groźne zamachy na lekarzy, personal pielęgniarski odniósł 54 uszkodzeń przez chorych. Słusznie też Inspektorat domaga się energicznie wywarcia nacisku na rząd, aby zbudował w Galicyi państwowy zakład dla obłąkanych zbrodniarzy.

Z pilnych postulatów Kulparkowa wymienia Inspektorat budowę mieszkań dla lekarzy (dwóch już obecnie musi mieszkać poza obrębem zakładu), dla żonatej służby oddziałowej, domu

dla zarządu, domu zabaw dla chorych, a z drobniejszych wprowadzenie urządzeń do długotrwałych kąpieli i klozetów spłukiwanych (w Kulparkowie dotąd utrzymuje się »system kubłów« na salach chorych!), oraz usunięcie braku bielizny.

Pomimo trudnych warunków pracy powstał w Kulparkowie w latach ostatnich żywy ruch naukowy, a nawet pracownia psychologiczna. Zasługuje to rzeczywiście na wielkie uznanie, które też i Inspektorat wyraża. Ale dotąd nie znalazł się chętny kandydat na kierownika innych pracowni naukowych (pomimo pobliża Lwowa, gdzie nie brak chyba sił ukwalifikowanych). Z personalu pomocniczego 30 Sióstr Miłosierdzia przeszło kurs pielęgnowania chorych, prowadzony przez Dyrektora zakładu; kursa dla służby oddziałowej »nie wydały spodziewanego wyniku z powodu nizkiej inteligencyi służby«, wskutek czego program tych kursów musi uledz uproszczeniu. Endemia czerwonki, grasująca w zakładzie, nie wygasła jeszcze (w r. 1911 było 258 przypadków z 35% śmiertelności), ale dzięki usilnym staraniom wyraźnie się zmniejsza.

Przechodząc do szpitali prowincyonalnych, odnosi się wrażenie może nieco zbyt schematycznego traktowania poszczególnych zakładów w tegorocznem sprawozdaniu Inspektoratu. Z kilku ostatnich sprawozdań zdawało się, że stopniowo coraz pełniej i wyraziściej charakteryzowana w nich będzie działalność szpitali, zwłaszcza, że wobec dokonanych już w wielu szpitalach rekonstrukcyi i przebudów, uzupełnienia inwentarza i t. d. stan budynków i urządzeń znalazł się przeważnie na odpowiednim poziomie i przez to w sprawozdaniach mniej już wymaga uwzględnienia. Otóż przedstawienie pracy w szpitalach, to jest właściwej treści szpitalnictwa, nie przeważa jeszcze w tegorocznem sprawozdaniu nad obrazem jego ram zewnętrznych; zdawałoby się, że jednak przyszedł już czas na to lub wkrótce nadejdzie, i stąd nadzieja, że przyszłe sprawozdania rozwiną się w tym kierunku.

Chybiałoby celu wyliczać tu kolejno za sprawozdaniem Inspektoratu wszystkie szpitale i zapisywać uwagi o drobniejszych usterkach, jakie w nowych nawet szpitalach z biegiem lat muszą powstawać. Co się zaś tyczy większych braków, to jest szpitali starych, wymagających nowych budynków albo znaczniejszej przebudowy, to już ze streszczenia ogólnego sprawozdania Departamentu V wynika, że o zaradzeniu złemu w 6 szpitalach, należących do najgorszych, już Wydział krajowy pomyślał i wnioski Sejmowi w tym względzie przedstawił (są to: Podhajce, Przemyślany, Drohobycz, Bochnia, Jasło, Stanisławów). Obecnie byłaby kolej na następujących 6 szpitali, które w świetle sprawozdania Inspektoratu przedstawiają się jako najgorsze: Brody, Rzeszów, Sambor, Wadowice, Żywiec, Żółkiew, poczem idą jeszcze: Tarnopol, Lubaczów, Tarnobrzeg (nowy, ale za tanio budowany i znacznie za mały szpital). Inne zakłady są dziś w stanie mniej więcej odpowiednim; wymienione tu i owdzie braki dotyczą przeważnie wadliwych lub niedostatecznych urządzeń mechanicznych, niedpowiednich łazienek, braku wody. Daleko ujemniej przedstawia się urządzenie wewnętrzne; o wielu, nawet najnowszych szpitalach, wspomina Inspektorat, jako o potrzebujących koniecznie nowych sprzętów. Niestety niemal równie często czyta się w sprawozdaniu, że to lub owo z drobniejszych inwestycyi w pewnym szpitalu musiano odłożyć do lepszych czasów, bo szpital niema dostatecznych funduszów. Na to jednak niema rady. Przykrzejszy natomiast, bo należący do dających się usunąć, jest inny brak, o którym Inspektorat wspomina w kilku miejscach, m. i. co do szpitali w Samborze i Tarnopolu. Mianowicie jestto brak dostatecznej liczby sił w biurach technicznych Wydziału krajowego, które są tak przeciążone pracą, że nawet — bardzo pilnych — planów i kosztorysów rekonstrukcyi dla tych szpitali nie wypracowały. Jeżeli istotnie ogólne biuro techniczne Wydziału kraj. nie jest dość liczne i sprawne, toć powinnoby być zwiększone, albo, coby może było jeszcze lepiej, powinienby Departament V otrzymać osobne biuro budowlane.

O ile ze sprawozdania można osądzić, zaznacza się w działalności personalu szpitalnego na prowincyi coraz większy postęp. Wzmianka o publikacyach naukowych, o udziale w pracach Towarzystw lekarskich prowincyonalnych (Oddziałów Towarzystwa lek. galic.), o używaniu pracowni szpitalnej, o domaganiu się takiej pracowni, mikroskopu, termostatu, aparatu Röntgena przez lekarzy szpitalnych — nie jest już taką »rara avis«, jak dawniej, choć jeszcze nie tak częstą, jak być powinno; naodwrót wytykanie »słabego ruchu operacyjnego«, uprawiania »przeważnie małej chirurgii« i t. p. znacznie w sprawozdaniu zmalało. W szpitalach większych dowiadujemy się o racyonalnym podziale pracy. Mankamentem jest częsty brak kandydatów na posady sekundaryuszy, w czem nie znać poprawy. O tem, jak się sprawiają Siostry zakonne (oddziałowe), zawiera tegoroczne sprawozdanie nieproporcyonalnie mało wiadomości, choć właśnie po paroletniej pracy kursów lwowskich, byłoby niezmiernie interesującem dowiedzieć się, jak też te kursa podziałały na prowincyę? O służbie niższej czytamy wiadomości przeważnie niepomyślne: materyał zdaje się być coraz gorszy, zmienia się często, brak nawet liczby etatowej, bo niema kandydatów. Inspektorat domaga się w wielu szpitalach poprawy płac służby, widząc w tem środek zaradczy. Wreszcie zasługuje na uwagę, że pożywienie chorych zdaje się być obecnie co do jakości prawie wszędzie lepsze, niż dawniej; natomiast w bardzo wielu szpitalach skarżą się chorzy na niedostateczną ilość, i tam, podkreślając niedostateczność obowiązującej normy żywienia, proponuje Inspektorat wprowadzenie podwieczorków.

Streszczając życzenia, nasuwające się co do sprawozdań Inspektoratu, w postulacie wzbogacenia tej części relacyi o poszczególnych szpitalach, która odzwierciedla ich działalność, i zestawiania na końcu sprawozdań generalnego przeglądu całego szpitalnictwa, z rzetelną przyjemnością podnieść muszę jedną zaletę sprawozdań, zaznaczającą się na każdym niemal kroku, mianowicie widoczne z nich szczere staranie Inspektoratu o dobro nadzorowanych przezeń instytucyi i gorące przejęcie się sprawą ich postępu.

Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 16. IV. b. r. posiedzenie, na którem uchwalono rezolucyę w sprawie kliniki i szpitala dziecięcego, a prof. Lewkowicz wygłosił wykład: O zaburzeniach odżywiania u niemowląt.

— W gminie Krynica-Zdrój jest do obsadzenia posada lekarza gminnego.

— Doc. Dr Józef Markowski mianowany został profesorem anatomii we Lwowie.

— Sprawozdanie za rok 1912 »Towarzystwa ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej galicyjskich szkół średnich i wyższych« pod nazwą »Nadzieja« w Krakowie wymaga nieco obszerniejszej, niż w poprzednich latach, wzmianki. Rok bowiem 1912 (siódmy istnienia Towarzystwa) nazywa sprawozdanie słusznie przełomowym, podnosząc, że »nadzieje złączenia całego żydowstwa galicyjskiego w walce z gruźlicą coraz bardziej się urzeczywistniają«. Usilnym zabiegom Towarzystwa »Nadzieja« powiodło się mianowicie doprowadzić do porozumienia i wspólnej akcyi z podobnem lwowskiem Towarzystwem »Zdrowie«, a bezpośrednim tego wynikiem jest zwiększenie liczby chorych, leczonych w przeciwgruźliczem sanatoryum Towarzystwa w Szczawnicy, z 15 odrazu na 56, to jest w czwórnasób. Stosownie do zwiększonych potrzeb przebudowano też przed sezonem gruntownie dom Towarzystwa w Szczawnicy, dodając w nim piętro, tak, że obecnie zawiera on 10 obszernych sal dla chorych z leżalniami, nową dużą wspólną jadalnię i kuchnię, osobno zaś mieści się pralnia i mieszkanie służby. Zakładem ca-

łym kierował niestrudzony jego od początku opiekun, Dr Hammerschlag, który też pomieścił w sprawozdaniu zestawienia lekarskie. Dowiadujemy się z nich, że chorzy leczyli się w 2 seryach i przebyli wogóle 2311 dni, jeden średnio po 41·3 dni w zakładzie (okres ten wydaje się nam stanowczo za krótki). Chorych dzieli sprawozdanie na 5 kategoryi: okres rozpadu (2), sprawa daleko posunięta (2), naciek w szczytach obu (9) i jednym (32), okres początkowy (11). (Powszechnie przyjęty podział według Turbana byłby praktyczniejszy i dawałby jaśniejszy obraz osiągniętych wyników leczenia). Uzyskano poprawę bezwględną u 28, względnie u 26 chorych; u 1 chorego stan się nie zmienił, u 1 pogorszenie. Utrzymanie zakładu kosztowało 4489·99 K., dochody Towarzystwa (liczącego 13 grup miejscowych) wynosiły 8150·61 K., fundusz żelazny doszedł 1460 K., fundusz budowy domu 6031·09 K. Pomyślny rozwój Towarzystwa jest zasługą głównie prezesa, Dr Jana Landaua sen. i sekretarza Dr Ch. Hilfsteina.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. III. do 12. IV. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 2 (obcych 4 † 2), krztuśca 2, ospy wietrznej 10, płonicy 35 † 2 (6 † 6), odry 4 (2), duru brzusznego 2 † — (2 † —), czerwonki — † — (— † —), kuru 2, róży — † 1, tężca 1 † 1, nagm. zapalenia ślinianek 4.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego d. 10. kwietnia 1913 przedstawiono m. i. następujące komunikaty: 1) St. Poniatowski: »Badania antropologiczne nad kością skokową«. 2) R. Tylplówna: »Krzywizna łuku środkowo-strzałowego czaszki jako cecha rasowa«.

— »Medycyna i Kronika lekarska« jak również »Gazeta lekarska« rozpoczęły zamieszczać sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa polskiego.

— W Częstochowie uchwalono na zebraniu Rady miejskiej i Rady opiekuńczej powiatowej na 4-morgowym placu miejskim koło Jasnej Góry zbudować szpital na 120 łóżek kosztem 320.000 rb. W szpitalu będzie osobny oddział dla obłąkanych.

— Towarzystwo lekarskie w Częstochowie zamierza z inicyatywy Dr Rozenfelda utworzyć Sekcyę przeciwgruźliczą.

— Towarzystwo lekarskie w Kielcach wybrało prezesem Dr Daszewskiego, wiceprezesem Dr Kosieradzkiego, skarbnikiem (ponownie) Dr Jedlickiego, sekretarzem (ponownie) Dr A. Kopczyńskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 31. III. do 14. IV. 1913 przypadków: ospy 6 † —, płonicy 3 † 1, duru wysypkowego 1, róży —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Towarzystwo lekarskie wiedeńskie (k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, IX/3 Frankgasse 8) ogłasza konkurs fundacyi Dr Maurycego Goldbergera z nagrodą 2000 kor. na najlepszą pracę na temat: »Powstawanie i leczenie bezmoczu odruchowego«. O nagrodę ubiegać się mogą tylko lekarze z Austryi i Niemiec, praca ma być zredagowana po niemiecku. Termin do 15. maja 1915.

— O bardzo korzystnym wyniku szczepienia ochronnego przeciw płonicy szczepionką Gabritschewskyego donosi Kogan (Prakt. Wracz 1912 Nr 24). Podczas epidemii płonicy w Sebastopolu zaszczepił on 62 dziewcząt pewnego schroniska. Przez trzy lata ani jedna nie zapadła na płonicę. Gdy potem wybuchła w mieście epidemia, w schronisku zapadło 8 nowo przyjętych na płonicę, a ze szczepionych tylko dwie. X.

Mianowania: pedyatra prof. Nöggerath z Berlina profesorem w Fryburgu, patolog prof. Lubarsch z Düsseldorfu profesorem w Kiel, internista prof. R. Schmidt profesorem w Pradze (wydz. niemiecki).

Zmarli: Dr Maryan Rafałowski w Czerniowcach na Podolu, zginął, jako ofiara zawodu, z duru plamistego; Dr Witold Zacharewicz w 33 r. ż. w Zakopanem; Dr Tadeusz Uranowicz, lekarz miejski w Brzeżanach, w 67 r. ż.

Redakcya otrzymała: Türschmid: Lewostronne wysokie ułożenie kiszki ślepej z niezwykłym przebiegiem wyrostka robaczkowego. Odb. (Nowiny lek. 1913). — Wrzosek: 1) W pięćdziesiątą rocznicę założenia szkoły głównej. Kraków, 1912. 2) O zadaniach prac doświadczalnych nad nowotworami złośliwymi. (Nowiny lek. 1913). — Serkowski i Kraszewski: Zastosowanie refraktometru do badań chemiczno-fizyologicznych. (Gazeta lek. 1912). — Serkowski i Wiśniewski: O bodźcach zakaźnych łuszczycy. (Nowiny lek. 1912). — St. Klein: O wpływie leczniczym benzolu na sprawy białaczkowe. (Gazeta lek. 1913). — Cybulski: Elektryczność zwierzęca, jej źródła, przejawy i znaczenie (Gazeta lek. 1913). — Bełkowski: Krwiomocz przy podawaniu urotropiny w tyfusie brzusznym (Gazeta lek. 1913).

Bibliografia.

Paris medical, ruchliwy tygodnik, wydawany pod naczelnem kierownictwem prof. Gilberta przez księgarnię J. B. Baillière & fils w Paryżu (19 rue Hautefeuille) poświęcił obszerny swój zeszyt z 5. IV. 1913 wyłącznie chorobom przemiany materyi, zamieszczając w tym zakresie następujące rozprawy oryginalne: Les maladies de la nutrition en 1913, (Linossier). — Compréhension actuelle de l'arthritisme (A. Poncet et Leriche). — L'insuffisance glycolytique, (prof. Achard). — L'emploi des hydrates de carbone dans le traitement diététique du diabète sucré, (Blum).— De l'influence de l'alimentation causée sur la glycosurie chez les sujets atteints de diabète simple, (Rathery et Liénard). — Obesité et hydratation de l'organisme, (Marcel Labbée). — Les traitements locaux des arthropathies goutteuses, (Legendre).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 23. kwietnia 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Blassberg: O fosfaturyi.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pinosol. (Osterr. Aerzte Ztg. 1913, Nr 3). Doc. Dr R. Polband. Przetwór, wyrabiany prze firmę Hell & Co., zastępuje ol. rusci. Objawy uboczne bardzo nieznaczne, przytem brak zapachu. Pędzlowanie pinosolem a następnie pastę stosowano w wypryskach nawet nieco sączących, z dobrym wynikiem. Swędzenie ustępowało. Także przy prurigo, suchym wyprysku, lichen urticatus i jako leczenie dodatkowe po scabies oddaje pinosol dobre usługi. Maść pinosolowa okazuje się skuteczną przy chorobach grzybkowych n. p. pityriasis versicolor, p. rosea, erythrasma, herpes tonsurans, eczema marginatum i t. d. Przy psoriasis stosowano maść chrysarobinową poprawioną pinosolem, przyczem stwierdzono szybkie działanie. Stosowano tu w przypadkach początkowych także kąpiel pinosolową. Seborrhoe leczono mydłem pinosolowem. Płynne mydło pinosolowe nadaje skórze miękkość i gładkość.

Kierownictwo zakładu leczniczego w Topolschitz (podniowa Styrya) objął b. as. Prof. Düringa, Dr Victor Hecht z Wiednia. Dr H. był operatorem u R. Dw. Prof. Eiselsberga, as. Prof. Albrechta, aspir. klin. R. Dw. Ortnera. Prowadzić będzie leczenie spos. Lahmanna.